



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**"Nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos
del enfermo mental en los familiares de pacientes
hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizán 2008"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud
Mental y Psiquiatría

AUTOR

Anjhela Raquel CASTILLO MACHADO

ASESORES

Gloria Haydee GUPIO MENDOZA

Juana Elena DURAND BARRETO

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Castillo A. Nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizán 2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

A Dios:

*Por ser mi padre, mi hermano, mi
amigo y sobre todo mi guía, aquel
que me da la mano cuando me ve
débil para seguir adelante.*

A la Lic.

*Juana Durand B y Lic. Gloria
Gupio por su orientación en la
realización de la presente
investigación*

*A mis padres Aurelio Castillo y
Nicolaza Machado, por su apoyo
incondicional en bien de mi carrera
profesional.*

INDICE

	Pág.
INDICE DE CUADROS	VI
RESUMEN	VII
SUMARIO	IX
PRESENTACIÓN	X
INTRODUCCION	XI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA.	14
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	19
C. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	19
D. OBJETIVOS	21
E. PROPÓSITO.	21
F. MARCO TEÓRICO	22
G. HIPOTESIS	51
H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	52
I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO	
A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO	54
B. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE O ÁREA DE ESTUDIO:	54
C. POBLACIÓN Y MUESTRA:	55
D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
E. RECOLECCIÓN DE DATOS	57
F. PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:	57
G. CONSIDERACIONES ÉTICAS	58

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	60
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A. CONCLUSIONES	73
B. RECOMENDACIONES	74
C. LIMITACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS	80

INDICE DE CUADRO

	Pág.
Cuadro N°1 Nivel de Conocimiento acerca de los Derechos del Enfermo Mental en familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	60
Cuadro N°2 Nivel de Practicas acerca de los Derechos del Enfermo Mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	61
Cuadro N°3 Nivel de Conocimiento y Practicas acerca de los Derechos del Enfermo Mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	62
Cuadro N°4 Nivel de Conocimiento Conceptual sobre Derechos del Enfermo Mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	64
Cuadro N°5 Nivel de Conocimiento Sensible sobre Derechos del Enfermo Mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	65
Cuadro N°6 Nivel de Conocimiento Holístico sobre Derechos del Enfermo Mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	66
Cuadro N°7 Nivel de Conocimiento Conceptual y Practicas sobre los Derechos del Enfermo Mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	67
Cuadro N°8 Nivel de Conocimiento Sensible y Practicas Sobre los Derechos del Enfermo Mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	68
Cuadro N°9 Nivel de Conocimiento Holístico y Practicas sobre los Derechos del Enfermo Mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan	69
Cuadro N°10 Nivel de Conocimiento sobre los Derechos de los Pacientes con Enfermedad Mental respecto al Grado de Instrucción	70
Cuadro N°11 Nivel de Practicas sobre los Derechos de los Pacientes con Enfermedad Mental respecto al Gado de Instrucción	71

RESUMEN

La situación de los derechos de las personas con enfermedad mental afecta y preocupa a la comunidad internacional. Pero no basta con buenas leyes para una buena protección de los enfermos mentales, siendo imprescindible respetar los derechos humanos para la rehabilitación psicosocial del enfermo mental y para el correcto funcionamiento de una verdadera psiquiatría en las instituciones de la comunidad. Existe desconocimiento de los derechos humanos de los pacientes con discapacidad mental en todo nivel.

Es por ello que el presente estudio: “Nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan 2008”, tuvo como objetivos: Determinar el nivel de conocimiento (conceptual, sensible y holística) y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan durante 2008.

Para ello, se utilizó el Método descriptivo simple. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario, utilizando la técnica entrevista-encuesta aplicados a los familiares del enfermo mental en el servicio de hospitalización del Hospital Hermilio Valdizan. La muestra estuvo conformada por 30 familiares. El análisis de datos se realizó mediante SPSS 13.

Los resultados mostraron: El 50% de los familiares tienen un nivel de conocimiento medio acerca de los derechos del enfermo mental, 26.7% alto y un 23.3% bajo. En cuanto a la práctica de los familiares acerca de los derechos del enfermo mental un 63.3% presenta un nivel de prácticas medio, y el 36.7% un nivel prácticas alto. En el nivel de conocimiento conceptual: el 50% presenta un nivel medio, el 33.3% un nivel bajo y el 16.7% un nivel alto. En cuanto al nivel de conocimiento sensible: el 60% un nivel alto, el 36.7% un nivel medio y el 3.3% un nivel bajo. En relación al conocimientos holístico: el 46.7% presenta un nivel medio, el 26.7% un nivel alto y el otro 26.7% un nivel bajo.

No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados. No

existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento conceptual y las prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados. No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sensible y las prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados. No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento holístico y las prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados. El grado de instrucción de los familiares guarda relación significativa con el nivel de conocimiento y prácticas de los derechos del enfermo mental.

Por tanto, se concluye que nivel de conocimiento de los derechos del enfermo mental no tiene relación con las prácticas de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

Palabras Claves: Nivel de conocimiento y prácticas, derechos del enfermo mental, familiares de pacientes hospitalizados.

SUMMARY

The human rights situation of persons with mental illness affects and concerns the international community. But not enough good laws for a good protection of the mentally ill, and respected human rights for the psychosocial rehabilitation of mental patients and for the proper functioning of a genuine psychiatric institutions in the community. There is disregard for human rights of mentally disabled patients at all levels.

That is why this study: "Level of knowledge and practices concerning the rights of the mentally ill in families of patients hospitalized in the hospital Hermilio Valdizán 2008, had as its objectives: To determine the level of knowledge (conceptual, sensitive and holistic) and practices concerning the rights of the mentally ill in families of patients hospitalized in the hospital Hermilio Valdizán during 2008.

For this, we used the simple method described. Data were collected through a questionnaire, using the interview-survey of the relatives of the mentally ill in the hospital's Hospital Hermilio Valdizán. The sample consisted of 30 families. Data analysis was performed by SPSS 13.

The results showed: 50% of the families have a half level of knowledge about the rights of mental patients, 26.7% and 23.3% high-low. Regarding the practice of family members about the rights of mental patients 63.3% had a level of almost half, 36.7% and a high-level practices. At the level of conceptual knowledge: 50% have a medium level, the 33.3% low and 16.7% high. Regarding the level of knowledge: 60% a high level, an average 36.7% and 3.3% low. In relation to the holistic knowledge: the 46.7% have a medium level, the 26.7% high 26.7% and the other low.

There are no significant differences between the level of knowledge and practices concerning the rights of families of mentally ill in-patients. There are no significant differences between the level of conceptual knowledge and practices concerning the rights of families of mentally ill in-patients. There are no significant differences between the level of knowledge and practices concerning the rights of families of mentally ill in-patients. There are no significant differences between the level of holistic knowledge and practices concerning the rights of families of mentally ill in-patients. The level of education of family members is related significantly with the level of knowledge and practice of the rights of the mentally ill.

It is therefore concluded that the level of awareness of the rights of the mentally ill do not have with regard to the rights of the mentally ill in families of hospitalized patients.

Keywords: Level of knowledge and practices, rights of mental patients, family members of hospitalized patients.

PRESENTACIÓN

La resolución de este importante problema, acerca de las violaciones de los derechos del enfermo mental, corresponde no solo a la sociedad en su conjunto, sino también a las entidades que trabajan en el campo de la enfermedad mental, es decir, a los servicios sanitarios de salud mental, y a los servicios sociales, siendo imprescindible respetar los derechos humanos para la rehabilitación psicosocial del enfermo mental y para el correcto funcionamiento de una verdadera psiquiatría en las instituciones de la comunidad. La mayoría de pacientes y familiares no tienen conciencia de sus derechos y desconocen como ejercerlos.

En tal sentido, el estudio titulado “Nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan 2008”, tuvo como objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan durante 2008.

De modo que los hallazgos del estudio permitirá proporcionar información real y fidedigna al hospital Hermilio Valdizan, sobre, nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados. de manera que permita tomar decisiones oportunas para promover la participación de las personas involucradas (Enfermo mental) y sus familiares en defensa de sus derechos, así mismo abrir un espacio para la interacción entre estas personas, autoridades y representantes de la sociedad civil, permitiendo la generación de un alto nivel de conocimiento de los familiares acerca de los derechos del enfermo mental

El presente estudio consta de: Capítulo I: Introducción en la cual se presenta planteamiento, formulación, justificación del problema, objetivo y propósito, antecedentes del estudio, base teórica conceptual; Capítulo II: Material y Método, se expone el método, descripción de la sede de estudios, población, técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento; Capítulo III: Resultados y Discusión que incluye la presentación, análisis e interpretación de los datos; Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones, finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

INTRODUCCION

El hombre es un ser biopsicosocial en constante interacción consigo mismo y su ambiente en busca de satisfacción y seguridad desde el nacimiento hasta la muerte. La salud actúa como la condición por la cual el individuo pueda llevar a cabo una interacción eficaz con su medio ambiente físico y social, logrando una adaptación físico, mental, emocional y social a los estímulos internos y externos con el fin de mantener la estabilidad y comodidad. (1)

En la actualidad se estima que la población mundial de personas con trastornos mentales o cerebrales es de 450 millones, lo que representa al menos a un miembro de una casa cada cuatro familias. (2)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental para la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total de salud por lo que la relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada”.

Las personas con discapacidad por enfermedad mental constituyen un grupo especialmente vulnerable. Los prejuicios sociales y la desinformación respecto a las causas y tratamiento de los trastornos de origen mental han llevado al resto de la sociedad a considerar a estas enfermedades como incurables; y a ver a aquellos/as que las presentan como personas peligrosas, que no pueden convivir con los demás.

Estos prejuicios han dado lugar a un régimen de segregación de dichas personas en instituciones psiquiátricas, comúnmente conocidas como “manicomios”. El estado ha priorizado la atención hospitalaria por encima de las acciones de promoción de la salud, de prevención del deterioro, de rehabilitación y de inclusión social de las personas con enfermedades mentales.

En este contexto las personas hospitalizadas con enfermedades mentales en establecimiento de salud mental, afrontan una situación de mayor indefensión por estar especialmente expuestas a la vulneración de sus derechos. Esto es así debido a su grado de dependencia respecto a quienes les brindan tratamiento y cuidados, a la falta de valoración que se da a su palabra y a sus escasas posibilidades de acceder a los mecanismos regulares de protección de derechos.(3)

La problemática jurídica del enfermo mental es suficientemente amplia. El derecho reconoce a la persona con discapacidad la misma dignidad y derechos que al resto de los

miembros de la sociedad en condiciones de igualdad. Pero esta igualdad no puede olvidar las propias diferencias del discapaz, ya que este parte de una desigualdad práctica. Por ello, el mismo debe ser titular de un trato específico que le otorgue una especial protección y facilite su inserción e intervención activa en la sociedad a la que pertenece. (4)

La discapacidad supone deficiencia de algo, limitación, y las instituciones jurídicas deben dirigirse hoy a compensar o completar una personalidad que no ha terminado de desarrollarse o que se encuentra desestructuradas por determinadas patologías con vocación de permanencia. La protección al incapaz debe partir de la base de que se le protege para que pueda gozar sin discriminación negativa de sus derechos como persona y como ciudadano. Por ello, toda la regulación jurídica de la discapacidad se basa hoy en el principio del mayor interés del incapaz que, reside “en preservar su dignidad personal y proporcionarle el disfrute vivencial de una situación, medios y operaciones que favorezcan el desarrollo de su personalidad no sólo actúa sino con perspectivas de futuro, de forma que le permita integrarse a la sociedad a la que pertenecen en las mejores condiciones posibles, individuales y sociales, y participen en la dinámica y vida colectiva en términos que se aproximen en cuanto fuere posible a lo que entendemos por normalidad o situación de una persona no incapaz”.

“...Cuando se une enfermedad mental deteriorante grave de curso prolongado, y dificultades familiares (penuria económica, ausencia o avanzada edad de los padres, etc.) Hay únicamente la breve estancia en la unidad de agudos, la visita periódica al domicilio, la inyección mensual...El resto es encierro en el domicilio, vagabundeo sin rumbo, empleo u ocupación protegida, apoyo psicosocial mantenido, programas específicos de rehabilitación de pacientes a medio y largo plazo... Pero nada de eso existe. Este problema a corto plazo, va a ser el origen de una nueva institucionalización, de un nuevo encierro más duro y difícil de demostrar que el presente. Algunas de las personas ya están en el Psiquiátrico Penitenciario y otros, los que tienen dinero, en clínicas y residencias privadas encerrados...” (5)

El presente estudio de investigación de tipo cuantitativo: “Nivel de conocimiento y practicas acerca de los derechos del enfermo mental en los familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan 2008, tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan durante 2008. El diseño que se empleara para el presente estudio es el descriptivo simple, la población

estará conformada por 80 familiares y la muestra de estudio estará conformada por 80 familiares de pacientes psiquiátricos del servicio de hospitalización de la institución. El instrumento a utilizar será el cuestionario dividido en dos partes, conocimientos y prácticas.

Consta de: capítulo I: El Problema. Capítulo II: Material y Método Capítulo III: Resultado y Discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA.

La situación de los derechos de las personas con discapacidad por enfermedad mental afecta y preocupa a la comunidad internacional en su conjunto. En este sentido, se han emitido una serie de Declaraciones Internacionales tales como: La Asamblea General de las Naciones Unidas de 1991; la Declaración de Caracas, de 1990; La Comisión Internacional de Derechos Humanos, que tienen por objeto garantizar el respeto de los derechos de dichas personas.

Pero no basta con buenas leyes para una buena protección de los enfermos mentales. Tenemos la obligación de hacer lo imprescindible para la rehabilitación psicosocial del enfermo mental y para el correcto funcionamiento de una verdadera psiquiatría en las instituciones de la comunidad. Son necesidades que debemos reclamar.

En cuanto a la situación de la salud mental en el mundo, la incidencia y prevalencia de patología mental a nivel mundial va en aumento al punto que los servicios de psiquiatría y salud mental existentes son insuficientes para cubrir la creciente demanda de este tipo de enfermedades. En Lima, la depresión clínica es el trastorno psiquiátrico más frecuente, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso - dependencia de alcohol y una de cada diez personas con algún trastorno psiquiátrico diagnosticable recibió atención médica, sin embargo más del 50% de estas personas no

reconocía en sí mismas sus problemas de salud mental, en particular las personas con trastornos de ansiedad. (6)

Las personas con discapacidad por enfermedad mental es un grupo en estado de especial vulnerabilidad. Existe estigmatización y desconocimiento de sus derechos humanos en política, en servicios y en legislación. (6)

Los servicios son inadecuados, con un modelo de atención deshumanizado, de baja calidad y poder resolutivo. Con sistemas locales desactivados y redes sociales de apoyo débiles y con recursos humanos profesionales insuficientes y mal distribuidos. (7).

No existe acceso universal a la atención en salud mental y no hay cobertura adecuada. En el Perú son escasos los recursos profesionales especializados y los centros hospitalarios psiquiátricos son casi inexistentes, especialmente en las provincias y el interior del país. Los presupuestos para salud mental son insignificantes (8). Asimismo se critica la falta de centros que acojan a estos enfermos a mediano plazo y en los casos estrictamente necesarios, a largo plazo, evitando el fenómeno de la llamada “puerta giratoria” en la que los enfermos entran se compensan y salen, para volver en la próxima crisis, sin que se de una respuesta optima a los enfermos de carácter crónico.

Este grave problema aún no puede resolverse desde el campo público, transformando a estos enfermos como marginados entre los marginados. Las condiciones de pobreza económica han agudizado la situación del enfermo mental, existen personas con trastornos mentales que no acceden a la atención (“locos de la calle”). Cada día es más frecuente y triste ver tantos enfermos mentales crónicos deteriorados “orates callejeros” deambular maltrechos, delirantes y alucinados por las calles de Lima. Deambulan de ciudad en ciudad; abandonados y erráticos, sin metas ni ideales. La gran mayoría padece de los más severa e incapacitante de las enfermedades mentales la esquizofrenia. Hay normatividad legal que los proteja. Pero hay incumplimiento.

Esta situación se refleja también, de forma contundente, en los enfermos mentales que se encuentran cumpliendo pena en los centros penitenciarios de una situación que no les permite el recibir un tratamiento adecuado a su dolencia y sin coordinación con los dispositivos que, hasta ese momento, se encargaban de su tratamiento. (9).

Los servicios de salud mental y psiquiatría no han adecuado a las recomendaciones internacionales y, funcionan como modelos obsoletos que privilegian la atención en hospitales psiquiátricos, en Lima algunos hospitales generales cuentan con camas psiquiátricas y los programas de atención comunitaria son escasos, personas con

discapacidad intelectual se encuentran internadas en instituciones psiquiátricas, existe un vacío legal en el tema de hospitalización involuntaria y falta normar el consentimiento informado en psiquiatría, los recursos humanos en salud mental son escasos, los medios de comunicación contribuyen a la estigmatización de las personas con trastornos mentales.(10).

En numerosos sistemas de atención sanitaria a menudo se ingresa a los enfermos en centros alejados de las personas que conocen. Algunos de esos lugares parecen más almacenes de personas que instituciones de atención y tratamiento. Las condiciones en muchos de esos centros son espantosas. Los edificios están en mal estado y sucio. Los enfermos no tienen ropa adecuada ni agua salubre y alimentos. Además, no reciben un trato digno. (11)

“Las violaciones de los derechos humanos contra las personas con trastornos mentales ocurren en todas las comunidades a lo largo y ancho del mundo en las instituciones de salud mental, hospitales y clínicas privadas (12). Existe desconocimiento de los derechos humanos de los pacientes con discapacidad mental en todo nivel, un grupo significativo de los decisores políticos y de salud así como los proveedores, no consideran al paciente con discapacidad mental como sujeto de derecho”.

En los establecimientos psiquiátricos existen factores como segregación, mayor indefensión y exposición a vulneración de derechos, dependencia frente a otras personas, falta de valoración de su palabra y escasa posibilidades de acceder a mecanismos de protección de sus derechos. Observándose en muchos centros, que los enfermos permanecen aislados durante largo tiempo, sin ningún contacto humano. En ocasiones son encerrados en habitaciones pequeñas, similares a las celdas de una cárcel.

A veces se coloca tanto a adultos como a niños en camas con barrotes, donde quedan encerrados, sin posibilidades de moverse, un día tras otro. (11). Los adultos y los niños son víctimas de actos espantosos de violencia y violaciones, que a veces cometen las propias personas que deberían cuidar de ellos. Esas prácticas, de las que no se informa, a menudo quedan impunes, por lo que sus autores pueden continuar cometiendo abusos. Las violaciones de los derechos humanos se dan por la atención deficiente y abandono, muchas personas que se encuentran en centros no reciben ningún tipo de estímulo, y padecen durante días, meses e incluso años un aburrimiento insoportable; a algunas personas se administra una medicación excesiva, para que sean

dóciles y "fáciles de manejar". La falta de perspectivas, la inactividad y el aislamiento social no favorecen la recuperación y constituyen un trato inhumano y degradante.

Es deber del Ministerio de Salud de amparar, proteger y tratar a estos enfermos, a quienes se discrimina injustamente. Es necesario que los responsables de la salud pública en general y de la salud mental en particular a nivel regional, sepan cumplir sin postergación con lo que constituye su obligación. La salud es un derecho, un valor humano y supremo y un servicio público, atendido y protegido por el estado según la Constitución Política actual. (10) En tal sentido, todos debemos exigir su cumplimiento, porque los derechos no se mendigan sino se exigen.

Ello constituye un serio reto para las autoridades de salud que están obligadas moral y constitucionalmente a promover, prevenir, proteger, recuperar y rehabilitar la salud del pueblo.

La resolución de este importante problema corresponde, además a la sociedad en su conjunto, a las entidades que trabajan en el campo de la enfermedad mental, es decir, a los servicios sanitarios de salud mental que deben de crear unidades de media y larga estancia, y a los servicios sociales, ya que la reinserción y rehabilitación de los enfermos mentales es algo mas que un problema sanitario, sino que exige también importantes medidas de carácter social. La búsqueda de mecanismos de adhesión al tratamiento por parte de los enfermos es también una forma de colaborar esta tarea, lo que nos lleva a la problemática del tratamiento ambulatorio involuntario.

La enfermedad mental surge como un proceso de alteración que tiene lugar dentro y fuera del individuo generando un conflicto emocional, social, disminuye su capacidad de interactuar y adaptarse satisfactoriamente a su entorno social (13). La presencia de un miembro portador de la enfermedad mental en el grupo familiar, influye en cada uno de los integrantes modificando su rol o función ya que la familia se mueve como un sistema social en su conjunto y sus reacciones frente a la enfermedad como crítica hostilidad, sobreprotección, indiferencia, etc. Dependiendo en la mayoría de los casos del pronóstico de la enfermedad y la decepción o sufrimiento que experimenta la familia.

La familia del paciente psiquiátrico vive en un aislamiento peculiar y en lugar de establecer una intimidad con su comunidad se aleja pero mantiene un intercambio emocional y material con el hospital como si vivieran en una prolongación de esta. Por lo que creemos que el equipo de salud debe fortalecer este acercamiento de la familia a

la institución reconociendo como una aliada valiosa en el cuidado y recuperación del paciente mental. (9)

Teóricamente el conocimiento como componente del comportamiento promueve a la familia a actuar en cierta dirección o sentido. El conocimiento que posee la familia condiciona para que exista una carga afectiva a favor o en contra de un objeto determinado estímulo. (9)

La mayoría de pacientes y familiares no tienen conciencia de sus derechos y desconocen como ejercerlos.

Las enfermedades mentales están muy marcadas por los prejuicios sociales, por la estigmatización y la discriminación, con frecuencia se piensa que las personas con trastornos mentales son “perezosas”, “débiles”, poco inteligentes, difíciles e incapaces de tomar decisiones. Esas personas también son consideradas violentas y a menudo inspiran temor, pese a que padecen muchos más actos de violencia que los que comete. (10)

Las personas con trastornos mentales a menudo son apartadas de la sociedad. El aislamiento y el rechazo hacen que se sientan desesperanzadas y solas. Muchas personas caen en la pobreza al no recibir el tratamiento y la atención que necesitan.

En algunas comunidades, las personas con trastornos mentales son expulsadas a las afueras de su ciudad o aldea, semidesnudas o vestidas con harapos. También son golpeadas, atadas o encadenas y se las deja sin comida.

Hay violaciones de los derechos humanos que a veces las hacemos como parte de la rutina diaria, sin conciencia de que son tales, tal vez por desconocimiento, ignorancia o simplemente por una falta de valores que no hemos aprendido de pequeños.

El limitado conocimiento de la familia acerca de los derechos del enfermo mental es uno de los factores que da a lugar a frecuente violaciones de los derechos básicos y libertades fundamentales del paciente psiquiátrico. Esta falta de información afecta negativamente a las personas con enfermedad mental en las distintas áreas tales como el trabajo, la educación, la formación de una familia, la libertad de circulación e incluso a veces llega a causar tratos inhumanos y desagradables en hospitales psiquiátricos. (10)

Los familiares que llevan a sus parientes a las instituciones de salud mental se encuentran desorientados, desconcertados, manifestando algunos que la única responsabilidad para la recuperación y atención del familiar enfermo, recaería sobre el medico y la enfermera (14). Estos no reciben información adecuado por el personal de

salud (medico-enfermero-psicólogo), lo que impide la participación activa en la atención del paciente.

Se ha observado que muchos de los familiares de los pacientes psiquiátricos no muestran interés por la rehabilitación del enfermo, las experiencias recogidas dejaron en claro la necesidad de abordar la investigación con las familias.

La humanidad aun no ha resuelto viejos problemas que viene agobiando a amplios sectores de la sociedad, entre ellos los enfermos mentales sin hogar quienes son seres humanos que permanecen desprotegidos y abandonados a su suerte ante la indiferencia y hasta el rechazo de parte de algunas autoridades de salud y ciertos sector social. Hay que superar el perjuicio social y los estigmas que marcan y condenan al enfermo mental crónico a una irrecuperabilidad total, pues, un apreciable porcentaje de estos enfermos pueden recuperarse parcialmente, algunos totalmente, si se les brinda un tratamiento oportuno, eficaz, moderno e integral.

Afrontar el problema cambiando las mentalidades. Gran parte de los estigmas asociados a las enfermedades mentales se podrían evitar si el público tomara conciencia de que los trastornos mentales se pueden tratar, reconociendo la dignidad y el valor intrínseco de las personas con trastornos mentales podemos contribuir a la promoción y protección de los derechos humanos y evitar la discriminación. Afrontar el problema contando con los enfermos, respetando los derechos de los pacientes en el contexto hospitalario y comunitario.

Teniendo en cuenta que la familia se puede constituir en un elemento psiconocivo o psicoterapéutico (13).

Consideramos importante realizar esta investigación acerca de los derechos del enfermo mental ya que contribuirá en la atención de calidad del paciente psiquiátrico.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el Nivel del Conocimiento y prácticas acerca de los Derechos del enfermo mental en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan durante 2008?

C. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente investigación beneficiara en la atención que se brinde a los pacientes, ya que conlleva a la difusión de los derechos de los pacientes, lo que ayudara a disminuir los prejuicios sociales y la desinformación acerca de los trastornos mentales, ayudando

a resolver el problema de la marginación. Evitando las violaciones de los derechos humanos, la discriminación y la exclusión que la sociedad ha impuesto al enfermo mental.

Se beneficiara a la familia, quien asumirá el derecho a la salud de uno de sus miembros y de ella misma, ya que, al acudir a establecimientos y agentes sociales que brindan cuidado de salud o de salud mental, obtendrán respuestas a sus dudas o preocupaciones, sobre medidas promocionales de salud mental, recibirán charlas educativas y consejerías acerca la enfermedad mental; orientaciones sobre la evaluación clínica psiquiátrica, test psicológicos auxiliares, tratamientos etc. Asimismo la familia al conocer los derechos los difundirá en la comunidad, teniendo un rol protagónico.

Beneficiara al personal de salud, quien brindará una atención integral, considerando los aspectos psicológicos y sociales del paciente, aplicara en sus acciones los derechos humanos de los pacientes.

Las instituciones crearan programas de capacitación al personal aplicando la teoría de los Derechos Humanos en las instituciones.

Ofrece la posibilidad de una exploración fructífera de un fenómeno social, de estigmatización de la falta de derechos del enfermo mental, ya que se espera conocer un determinante social, una caracterización social, teniendo en cuenta aspectos culturales, sobre derechos.

Puede sugerir ideas, recomendaciones o hipótesis a futuros estudios; como la creación de programas, protocolos de difusión de difundir y aplicar derechos en las instituciones y en los diversos servicios, ya que cuidados deben ser brindaos en forma integral, teniendo en cuenta la atención y respetando los derechos.

El Perú es uno de los países pobres del mundo, con características económicas, sociales y culturales que actúan en contra del desarrollo integral y de la salud mental. El principal reto que la Salud Mental enfrenta como obstáculo es la pobreza que en el país alcanza cerca del 54% de la población, y que además se encuentra asociada a las carencias educativas, desprotección social y jurídica entre otros. Las condiciones de inequidad, generan fenómenos de gran implicancia para salud mental: exclusión social y anomia.

Los Lineamientos para la Acción en Salud Mental, refiere la creación de un mecanismo para la vigilancia y el cumplimiento de los derechos humanos, la plena

implementación de los Lineamientos sería un paso importante para remediar muchas de las violaciones a los derechos humanos.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se formularon en el presente estudio son:

OBJETIVO GENERAL:

- 1 Determinar el nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 Identificar el nivel de conocimiento sobre Derechos del Enfermo Mental según dimensiones en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan.
- 2 Identificar el nivel de prácticas sobre Derechos del Enfermo Mental que aplican los familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan.
- 3 Relacionar el nivel de conocimiento sobre Derechos del Enfermo Mental según dimensiones y el nivel de las prácticas en los familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan.
- 4 Relacionar el nivel de conocimiento sobre Derechos del Enfermo Mental y las variables sociodemográficas (edad, sexo, parentesco, grado de instrucción y ocupación) en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan.

E. PROPÓSITO.

Promover la participación de las personas involucradas (enfermo mental) y sus familiares en defensa de sus derechos, así mismo abrir un espacio para la interacción entre estas personas, autoridades y representantes de la sociedad civil, permitiendo la generación de un alto nivel de conocimiento de los familiares acerca de los derechos del enfermo mental y el diseño de políticas orientadas a una adecuada obtención de este grupo poblacional con mayor vulnerabilidad. Diseñar una propuesta para fortalecer el nivel de conocimiento sobre de Derechos del Enfermo Mental en familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan.

Donde el equipo de salud que trabaja en el área de salud mental deberá establecer un programa educativo sobre los derechos del enfermo mental a fin de que la información cubra las expectativas, logre desterrar prejuicios y conceptos erróneos que influyen negativamente en la atención del paciente.

Asimismo crear una unidad de consejería y orientación a la familia del paciente psiquiátrico en las instituciones especializadas de salud mental.

F. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

Arboleda Flórez, Julio. En Costa Rica realiza un estudio titulado "Salud Mental y Derechos Humanos: La experiencia Internacional" .1997

Resumen:

"En el año de 1970 con la aparición del libro "El paciente como persona" de Ramsey, se produce una verdadera "revolución ética" en el campo de la medicina, fundamentalmente con una nueva conceptualización de la relación médico paciente, que hasta entonces era guiada por la tradición hipocrática, la cual está revestida por un gran paternalismo en la figura del médico. Basado en esta nueva conceptualización, el médico no puede negarse a dar una información completa al paciente, acerca del tratamiento que le propone, sus riesgos y los resultados esperados. En la psiquiatría esta relación médico paciente, se vuelve aún más autoritaria, por cuanto muchas veces, se considera al paciente desprovisto de su capacidad de razonar. Esta situación propicia que se puedan cometer abusos en el tratamiento psiquiátrico, que pueden atentar contra la ética y los derechos humanos. La presencia de una enfermedad no debiera privar al paciente de su capacidad autónoma, debiera permitírsele tomar una decisión de aceptar, o pedir modificaciones en el tratamiento que se le propone, siempre y cuando el paciente no presente peligro para su seguridad o la de otras personas del grupo social. Desafortunadamente, los abusos de la psiquiatría son difíciles de erradicar, a pesar que la ética dentro de la psiquiatría se ha afianzado con las declaraciones de la Asociación Mundial de Medicina en Helsinki, en Tokio y en Venecia. Estos abusos también pueden provenir de las políticas de salud mental que llevan a cabo algunos gobiernos de corte dictatorial, o bien donde existe opresión de minorías o gobiernos de tipo religioso fundamentalista. Igual de condenable es el abuso que se comete en algunos países industrializados, al no proveer al enfermo mental lo necesario para su subsistencia en la comunidad"

Casas Martínez, María de la Luz; Amor Villalpando, Alberto. En España realiza un estudio titulado "principios bioéticos y derecho a la salud en las declaraciones internacionales II". 2001

Resumen:

"No hay duda de que en el mundo moderno el derecho a la salud se encuentra reconocido como un derecho humano básico; como reitera la Constitución de la OMS, "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social". En el sistema de la OMS, y de acuerdo con las concepciones médicas y de salud pública modernas, la "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Más aún, no hay Estado en el mundo que no acepte al menos alguna responsabilidad en cuanto a la salud de su pueblo. En la práctica se reconoce a través de la adhesión hecha al ratificar la Constitución de la OMS, que "los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas". El fundamento filosófico que anima a estas declaraciones es el reconocimiento y respeto a la dignidad intrínseca de la persona, principio base del actuar médico y del ejercicio de la medicina basado en el Principio de Beneficencia".

Reyes López, Madelin; Águila Lorenzo, Yoleidy; LLanes del Campo. En Cuba realiza un estudio titulado "Consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía por mínimo acceso". 2006

Resumen:

"El convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, elaborado por el consejo de Europa, más Canadá, Japón, Australia y la Santa Sede, aborda exhaustivamente el Consentimiento Informado (CI) como primera norma internacional dentro de los derechos humanos. El CI es el soporte documental de este proceso ofrecido por el médico y recibido por el paciente y familia sirviendo como fundamento legal y ético. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo acerca del CI, proponiendo un formulario para las intervenciones quirúrgicas que se realizan por cirugía mínimo acceso. Se trabajó con el universo de las colecistomías del 2do Trimestre año 2005. N = 225. 100 por ciento. Fueron incluidos todos los pacientes candidatos a esa intervención. Se excluyeron las demás intervenciones quirúrgicas realizadas en el servicio en ese mismo período. Se obtuvieron resultados excelentes ya que el 100 por ciento de los casos no rechazó la operación después de conocidos los riesgos, complicaciones y beneficios. El grado de satisfacción fue excelente. Se ofrecieron consideraciones finales que sintetizan los aspectos más relevantes del tema".

Arias de los Santos Erica, 1996, en Lima realiza un estudio titulado Efectividad de un programa educativo en relación al nivel de conocimiento en familiares de pacientes esquizofrénicos del Hospital Hermilio Valdizan, el cual tuvo como objetivo, lograr que los familiares de los pacientes esquizofrénicos incrementen sus conocimientos sobre dicha enfermedad. El método que utilizó fue el cuasi experimental de corte transversal. La muestra, estuvo conformada por 55 familiares de pacientes esquizofrénicos internados en los pabellones 1, 2, 3, 4, del hospital psiquiátrico Hermilio Valdizan; de los cuales 1 y 2 son de varones, 3 y 4 de mujeres, conformando dichos familiares la unidad de análisis. Para la selección de la muestra realizó una entrevista a los familiares del paciente internado en dicha institución, los familiares que reunieron criterios de inclusión en ambos sexos. Luego de la entrevista directa con los familiares, los datos se corroboraron con la revisión de las historias clínicas. El Instrumento que se aplicó antes de brindar el contenido educativo, fue un pre test a los familiares, que consta de dos partes: Datos generales del familiar y paciente y el cuestionario de conocimientos sobre esquizofrenia.

Algunas de sus conclusiones:

El programa educativo sobre esquizofrenia brindado a los familiares de los pacientes esquizofrénicos, incremento su nivel de conocimientos de 0% en el pre-test a 18,2%(6) en el post – test, igualmente hubo un incremento en el nivel medio de 24,2% en el pre – test a 75.8% en el post – test, encontrándose una diferencia ($0 < 0,05$) altamente significativa.

Del Resumen: los familiares de pacientes psiquiátricos en el pre test en su mayoría tienen conocimiento bajo acerca de la enfermedad esquizofrénica, ellos manifiestan “que la responsabilidad para la recuperación de sus familiares enfermos dependen del médico y la enfermera”. La mayoría de las investigaciones se basan sobre las actitudes de los familiares en donde se observan que ellos ignoran la etiología y posibilidades de tratamiento.

Mazuelos B. Sandra en 1999, en Lima realiza un estudio titulado “Actitud del familiar mas cercano hacia el paciente esquizofrénico en relación con su nivel de conocimiento sobre esquizofrenia y el tiempo de enfermedad del paciente”, cuyo objetivo fue, identificar el nivel de conocimiento acerca de esquizofrenia que tiene el familiar mas cercano del paciente. El método fue el descriptivo exploratorio, retrospectivo y de corte transversal. La muestra, estuvo conformada por todos los pacientes esquizofrénicos hospitalizados entre el primero de Enero y el 31 de Diciembre

de 1998 en el Instituto Nacional de Salud Mental y el Hospital Hermilio Valdizan y por los familiares mas cercanos de cada uno de los pacientes. El total de la población ascendía a 433 casos lo que queda conformado finalmente por 231 casos, 120 del Instituto Nacional de Salud Mental y 111 del Hospital Hermilio Valdizan . En la recolección de datos se utilizaron 3 instrumentos, con preguntas adaptadas a un lenguaje sencillo y fueron la ficha de datos demográficos, estructura familiar y guía de observación y un cuestionario del conjunto de conceptos elementales sobre la enfermedad.

Algunas de sus conclusiones:

“La actitud de los familiares en su mayoría es de indiferencia, 58.3% del INSM y 56.8% del HHV. El nivel de conocimientos que tienen los familiares sobre esquizofrenia, en el INSM es alto (49.2%) y medio (46.7%) a diferencia HHV que tiene un nivel de conocimiento medio (56.8%)”

Del Resumen: La familia es el elemento básico, que contribuye a recuperación de la esquizofrenia la cual se caracteriza por ser un trastorno de la personalidad, percepción, pensamiento y emociones. Se pretende implementar un programa de asesoría familiar y seguimiento del paciente y favorecer a la participación activa en la rehabilitación además de contribuir a lograr una actitud positiva en los familiares.

Para la presente investigación en cuanto a los antecedentes faltan estudios al respecto

A continuación se expone la base teórica que da sustento a los hallazgos

2. BASE TEÓRICA:

2.1. Generalidades sobre Conocimientos

Al conocimiento se le define, como conjunto de información que posee el hombre, adquiridos como producto de su experiencia individual de lo que se ha visto u oído también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos.

Los conocimientos se examinan a través de la capacidad cognitiva, que tiene gran importancia para el investigador en pedagogía.

El conocimiento esta constituido por un cuerpo de ideas comunicables, que pueden ser: fundadas, ordenadas, coherentes, claras y precisas; o vagas y

difusas. En tal sentido contrasta dos tipos de conocimiento: el conocimiento científico y el conocimiento ordinario. El primero caracterizado por ser lático (racional-objetivo), sistemático, metódico y verificable; y el segundo limitado a hechos observados usualmente singulares vagos e inexactos. Refiere además que la ciencia emplea datos empíricos (proposiciones acerca de observaciones o experimentos) y trasciende los hechos para lograr descartar algunos sucesos, producir nuevos y explicarlos en su afán de certificar su autenticidad y su veracidad. (15)

Desde el punto de vista filosófico se distingue dos formas de definir al conocimiento:

1. **Conocimiento como un producto;** asume que somos conscientes y consiste en percibir, intuir y observar un hecho, propiedad o cosa del mundo, directamente por medio de los sentidos. En el conocer, el sujeto toma como contacto con el objeto pero de una manera no física pues la aprehensión o capacitación cognoscitiva propiamente dicha es de naturaleza psíquica.
2. **Conocimiento como formulación de los hechos,** el conocimiento desde este enfoque viene a ser el producto del acto de conocer. Los conocimientos entendidos como resultado, producto o contenido significativo, se puede adquirir, acumular, transmitir, examinar, medir y derivar uno de otros. (16)

Del mismo modo diferencia tres formas o niveles de conocimientos: el vulgar, el científico y el filosófico.

3. **El conocimiento vulgar,** los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática de los conocimientos permite pasar del saber vulgar al científico.
4. **El conocimiento científico,** se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático: se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz

instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales claramente definidos precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos más huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios.

5. **El conocimiento filosófico**, esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia, ganando así un nivel superior de racionalidad a la cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida.

2.2. Dimensiones del conocimiento

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes dimensiones, sensible, conceptual y holístico.

1. **El conocimiento sensible** consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista, gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato. El conocimiento sensible es singular.
2. **El conocimiento conceptual**, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento conceptual es universal. Ej. Puedo tener el concepto de padre. Que abarca a todos los padres; es universal, (padre es el ser que da vida a otro ser), el concepto de padre se aplica a todos los padres.

3. Conocimiento Holístico, también llamado intuitivo. Intuir un objeto significa captarlo dentro del amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad.

La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego).

La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. Aquí está también la raíz de la dificultad para dar ejemplos concretos de este conocimiento. Intuir el valor, por ejemplo, es tener la vivencia o presencia de ese valor y apreciarlo como tal, pero con una escasa probabilidad de poder expresarla i comunicarla a los demás.

2.3. El Derecho:

Derecho, se describe como un poder, un privilegio o una existencia que uno puede reivindicar justamente.

Garantía de protección obligatoria que se tiene por parte de la familia, la comunidad y el estado.

Los Derechos desempeñan distintos papeles en nuestra sociedad, pueden ser utilizados como expresión de poder, para justificar acciones y para dirimir conflictos.

Los Derechos ayudan a definir los parámetros de las relaciones sociales en cuanto que incluyen el principio de justicia y se aplican con igualdad, imparcialidad y justicia a todos los ciudadanos.

Por ejemplo, todos tenemos el derecho a ser respetados como seres humanos y a ser tratados con dignidad.

Derechos Humanos, son un conjunto de principios de aceptación universal, reconocidos constitucionalmente y garantizados jurídicamente nivel del Poder Ejecutivo, se encuentra dirigido por la Comisión Nacional de

Derechos Humanos del Ministerio del Interior, encargada de la promoción, protección, garantía y tutela de plena vigencia de los Derechos Fundamentales de la persona. Igualmente promueve, coordina, difunde y asesora estudios e investigaciones relativas a la defensa de los derechos humanos, buscando la consolidación del Estado de Derecho.

El tema de derechos humanos en el Perú ha sido manejado, durante mucho tiempo, por intereses políticos. Durante varios años, los gobiernos, los grupos alzados en armas (terroristas), y también grupos empresariales, han transgredido el derecho de las personas, a la seguridad, a manifestarse libremente, a recibir información veraz, entre otros. La política que se ha ejercido es la del terror y la represión, que ha derivado en asesinatos, torturas, persecuciones políticas, represión en manifestaciones, manipulación de la información etc.

Derechos del enfermo mental

Los afectados por enfermedades mentales tienden a perder sus derechos por dos motivos distintos.

En primer lugar, los problemas que deben afrontar requieren mucha energía, tanta que muchas veces la realidad se les escapa.

En segundo lugar, la organización del sistema de salud mental puede limitar la capacidad de los pacientes para ejercer sus derechos.

Además, muchos de los enfermos atendidos en los servicios de salud mental no son capaces de reconocer sus derechos y menos aun de ejercerlos.

Un enfermo mental es aquella persona que esta incapacitada para cubrir por si misma, en su totalidad o en parte, las necesidades de una vida individual o social a consecuencia de una deficiencia congénita o adquirida de sus facultades mentales.

Documentos internacionales

Los instrumentos generales de derechos humanos protegen a todas las personas sin distinción algunas por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Consecuentemente, las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por instrumentos generales de derechos humanos tales como:

- a. Declaración Universal de Derechos humanos
- b. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- c. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- d. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- e. Convención Americana sobre Derechos Humanos
- f. Convención Europea para la Protección de Derechos Humanos

Libertades Fundamentales, entre otros.

Por otro lado, debido a la protección que requiere el paciente mental por su particular condición de vulnerabilidad, impotencia y abandono, distintos organismos internacionales han establecido estándares especiales de protección en materia de salud mental y derechos básicos.

Estos estándares hacen parte del derecho internacional y en su gran mayoría se trata de declaraciones e informes promulgados por la Asamblea General y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, respectivamente.

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 1991, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental. Estos principios son considerados el estándar internacional más completo y detallado en lo que se refiere a la protección de los derechos de dicho grupos de personas.

Destaca la Declaración de Caracas, de 1990, declaración que reconoce que la segregación o aislamiento de pacientes en hospitales psiquiátricos, en la medida en que se constituya como única modalidad asistencial, obstaculiza la rehabilitación y reinserción de las personas en la comunidad. Por tal motivo, en ella se insta a los Estados a reestructurar los sistemas de atención psiquiátricas de la región, de manera que se promuevan los servicios comunitarios de salud mental y se aseguren los derechos humanos y civiles de los pacientes. (2)

La Comisión Internacional de Derechos Humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental, recomienda “a los estados que tomen medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo y educativo, para diseminar por medios apropiados y

dinámicos, los estándares internacionales y normas convencionales de los Derechos Humanos que protegen las libertades fundamentales y derechos humanos de las personas con discapacidad mental y sus familiares”.

La protección jurídica del enfermo mental se exige por la recomendación 10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa de 22 de septiembre de 2004 referente a la protección de los derechos humanos y de la dignidad de las personas con enfermedad mental. Es conveniente destacar los artículos 6 y 7 que indican la necesidad de que los pacientes mentales tratados o internados deban ser informado sobre sus derechos y que puedan tener acceso a una persona competente, independiente del servicio médico mental, que les ayude a ejercitar dichos derechos, así como la obligación de los estados a establecer mecanismos para su protección, cuando carezcan de capacidad, tanto para evitar ataques a sus derechos personales como la defensa de sus interés económicos. Entendemos que, en nuestro ordenamiento jurídico, el órgano competente Independiente es, precisamente. El Ministerio Fiscal.

La reforma operada por nuestro Código Civil en 1983 incide en esta línea al potenciar la protección de los intereses personales, afectivos y morales, del incapacitado, como algo enraizado en su propia dignidad.

Otro estándar de protección importante para la protección de las personas con discapacidad mental son las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidades, aprobadas por la Asamblea General en 1993. Estas normas constituyen una guía interpretativa de gran importancia para hacer efectivos los derechos básicos y libertades fundamentales consagrados en instrumentos internacionales de fuerza vinculante con relación a personas discapacitadas. Tienen como objetivo principal que las personas que padecen discapacidades físicas o mentales pueden acceder a todas las oportunidades laborales, sociales, y culturales en pie de igualdad respecto a los demás.

Derechos del paciente de salud mental

Según la Declaración de los derechos del enfermo mental:

1. Derecho al tratamiento apropiado en un entorno lo menos restrictivo posible.

2. Derecho a ser tratado de acuerdo con un plan de tratamiento actual, preciso, individualizado y por escrito, que incluya una descripción de los servicios de salud mental que puedan ser necesarios una vez recibida el alta.
3. Derecho a participar de forma continua en la planificación del tratamiento, así como a recibir explicaciones apropiadas sobre sus objetivos, sus posibles efectos adversos y las alternativas disponibles.
4. Derecho a rechazar el tratamiento, excepto en casos de urgencia por mandato legal.
5. Derecho a no participar en experimentos. Si el paciente da su consentimiento, tiene derecho a recibir una explicación completa del procedimiento, de los beneficios previstos, de las posibles incomodidades y riesgos y de los tratamientos alternativos, así como a revocar su consentimiento en cualquier momento.
6. Derecho a no ser objeto de confinamiento o aislamiento, excepto en caso de urgencia o de que tales medidas hayan sido prescritas como parte del tratamiento.
7. Derecho a un ambiente terapéutico humanitario.
8. Derecho al carácter confidencial de la historia clínica de salud mental del paciente.
9. Derecho a acceder a su propia historia clínica, excepto que un profesional de salud mental considere perjudiciales para la salud del enfermo.
10. Derecho a conversar en privado con otras personas, a tener un acceso cómodo y razonable al teléfono y al correo y a recibir visitas en los horarios establecidos, excepto cuando se niegue el contacto con algún visitante en particular como parte del plan terapéutico.
11. Derecho a ser informado con prontitud sobre estos derechos.
12. Derecho a presentar quejas sobre la violación de estos derechos, incluyendo el derecho a que sus quejas sean oídas de manera justa, oportuna e imparcial.
13. Derecho a recibir asistencia de abogados designados o en cualquier caso, de letrados bien cualificados.

14. Derecho a ejercer estos derechos sin represalias, incluida la renuncia a someterse a cualquier tratamiento apropiado disponible.
15. Derecho a ser derivado a otros servicios de salud mental una vez recibida el alta.

Derechos humanos de las personas con enfermedad mental

Según la Comisión internacional de los derechos humanos

1. Gozar de las mismas garantías que tenemos todos los seres humanos, sin excepción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, ideas políticas o de otra índole.
2. Ser tratado con respeto y consideración
3. Disfrutar de seguridad económica y de un nivel de vida decoroso.
4. Recibir atención medica especializada, oportuna y confiable.
5. Recibir información veraz sobre su diagnostico medico y su tratamiento.
6. Que se respete la confidencialidad de los datos médicos y personales que le conciernen.
7. Recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud.
8. No ser hospitalizado contra su voluntad, a menos que sea urgente o necesario para impedir un daño al paciente o a otras personas.
9. Residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio. En caso de ser necesario internarse en una clínica especializada, las condiciones de estas deberán asemejarse a las de una vida digna, con alimentación balanceada, vestido, calzado, higiene y seguridad.
10. Poder comunicarse libremente con las personas que estén dentro de la institución, enviar y recibir correspondencia sin censura, usar el teléfono, el radio o cualquier aparato electrónico, de acuerdo con las indicaciones de su medico, recibir visita y gozar de permisos para relacionarse con su familia o pareja.
11. Tener un tutor calificado que lo represente legalmente en actos que afecten su persona o su patrimonio.
12. Ser protegido contra toda explotación, abuso físico, psicológico o moral, o trato degradante, si ello ocurriera, que las autoridades faciliten, al paciente o a su representante, la denuncia de estas irregularidades.

13. Ser sometido a un proceso justo, que tenga en cuenta sus condiciones mentales, si es objeto de una acción penal.

Derechos del Minusválido Psíquico o Enfermo mental

Según la ONU – 1971

1. El subnormal debe, en toda la medida posible, gozar de los mismos derechos que los demás seres humanos.
2. Tiene derecho a los cuidados médicos y a los tratamientos físicos apropiados, así como a la institución, a la formación, a la readaptación y a los consejos que le ayudaran a desarrollar al máximo sus capacidades y sus aptitudes.
3. A la seguridad económica y a un nivel de vida decente. Tiene el derecho, en toda la medida de sus posibilidades, de realizar un trabajo productivo o de ejercer cualquier otra actividad útil.
4. Cuando exista la posibilidad, debe vivir en el seno de su familia o de un hogar que sustituya a ella y participar a diferentes formas de la vida comunitaria. El hogar en que vive debe ser asistido si es posible colocarle un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida deberían ser tan cercanos de la vida normal cuanto sea posible.
5. Debe poderse beneficiar de un título calificado cuando ello es indispensable para la protección de su persona y de sus bienes.

Derechos Básicos del los Pacientes Psiquiátricos.

Según la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica

1. Derecho a ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona.
2. Derecho a no ser calificado como enfermo mental sin objeto de diagnósticos o tratamientos de la condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de salud mental.
3. Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiado y menos restrictivo, según las más elevadas normas técnicas y éticas.

4. Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso, y de prestos a revocar su consentimiento para ejecutarlo.
5. Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas experimentales sin su consentimiento informado.
6. Derecho a que sus antecedentes personales y fichas e historia clínica se mantenga en reserva y a tener acceso a esa información.
7. Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso, de libertad de conciencia y religión.
8. Derecho a recibir educación y capacitación adecuada a su estado.
9. Derecho a trabajar y a recibir la remuneración correspondiente.
10. Derecho a la personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por la ley al efecto.
11. Derecho a que en caso de ser inculcado por algún delito u otra infracción criminal, su responsabilidad o imputabilidad se determinen por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de su salud, con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.
12. Derecho a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.
13. Derecho a no ser discriminado ilegalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud.

Derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental Según la Defensoría del pueblo

1. Derecho a la libertad: el internamiento y retención de pacientes en establecimientos de salud mental

Respecto al internamiento de personas con enfermedades mentales, los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental distinguen entre la admisión voluntaria y la admisión involuntaria de pacientes. “cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por

evitar una admisión involuntaria”. Además, los pacientes que hubiesen sido admitidos de manera voluntaria deben mantener el derecho a autorizar su tratamiento y a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento, a menos que se cumplan los supuestos para su retención como paciente involuntario.

De otro lado, para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, establece que una persona sólo podrá ser admitida o retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica, cuando un médico calificado y autorizado por ley determine que se trata de una persona que presenta una enfermedad mental y considere:

- a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros
- b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

Con el objeto de garantizar el respeto del derecho a la libertad de las personas que son internadas o retenidas involuntariamente en un establecimiento de salud mental, “la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención”

En el mismo sentido, dichas personas tienen derecho a cuestionar, ante un órgano independiente, la decisión de su internamiento; y a que independientemente de que ejerzan o no el derecho mencionado, el referido órgano revise periódicamente si subsisten o no las condiciones que dieron origen al internamiento. Pese a lo dispuesto en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, el Perú no ha regulado de manera específica

el internamiento voluntario e involuntario de pacientes psiquiátricos. Tampoco ha establecido un órgano independiente encargado de revisar, de manera periódica, las decisiones de internamiento de los pacientes con enfermedades mentales. A pesar de que la autorización del internamiento por parte de los pacientes es la regla general, el citado artículo 40° prevé la realización de actos médicos sin el consentimiento del paciente, siempre que éstos se produzcan en casos de emergencias destinados a enfrentar una situación que ponga en peligro la vida o la salud de ellos mismos.

Sin embargo, en los pacientes psiquiátricos la necesidad de un internamiento involuntario no sólo se presenta en los casos establecidos en la mencionada norma. Estos internamientos también son necesarios cuando una persona que presenta una enfermedad mental se encuentra en un estado que constituye un peligro para la vida o la salud de terceros; y en los casos en los que el internamiento es indispensable para evitar deterioros considerables en la salud de personas con enfermedades mentales graves que tienen afectada su capacidad de juicio. La falta de regulación de estos supuestos evidencia que la Ley General de Salud no ha contemplado adecuadamente las necesidades de atención de la salud de las personas con discapacidad por enfermedad mental.

Cabe señalar que cuando los supuestos que dieron origen al internamiento involuntario desaparecen, los pacientes deben encontrarse en la posibilidad de decidir si desean permanecer internados de manera voluntaria, o si prefieren abandonar el establecimiento. Esta situación debe ser regulada de manera específica, con el objeto de evitar restricciones indebidas al derecho a la libertad.

La falta de un órgano encargado de revisar y establecer, de manera periódica, la pertinencia o no de mantener el internamiento involuntario, constituye una ausencia de las garantías necesarias para el respeto del derecho a la libertad de los pacientes internados en establecimientos de salud mental. En tal sentido, resulta necesario adecuar la normatividad interna a los estándares internacionales de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales.

2. Derecho a brindar un consentimiento informado

Derecho al consentimiento informado de los pacientes se fundamenta en el principio de autonomía individual. Este principio sustenta diversos derechos básicos, como los derechos a la integridad física y psíquica y al libre acceso a las prestaciones de salud.

El principio de autonomía individual, determina el derecho de los pacientes a adoptar decisiones racionales en forma autónoma y sin injerencia ni coerción, respecto a un tratamiento específico o un procedimiento en su cuerpo. Así, el derecho de los pacientes a decidir sobre los tratamientos a administrar fija la extensión del deber del médico a informar y a obtener de éstos el permiso correspondiente.

Los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental establecen que no se administrará ningún tratamiento sin el consentimiento informado de los pacientes, salvo en los casos previstos en los propios principios. Además, dichos principios señalan que los pacientes tienen derecho a negarse a recibir un tratamiento o a interrumpirlo. En estos casos deberá explicarse a los pacientes las consecuencias de su decisión.

Dichos principios entienden por consentimiento informado aquel que es brindado por los pacientes libremente (sin amenazas ni persuasión indebida), luego de haber recibido información adecuada y comprensible (en una forma y en un lenguaje que éstos comprendan), acerca de lo siguiente:

- a) El diagnóstico y su evaluación;
- b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
- c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles.
- d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

Cabe señalar, a un cuando los pacientes se encuentren en un estado que haga presumir que no brindarán un consentimiento informado, existe la obligación de hacer todo lo posible por informar a dichas personas, en términos comprensibles, sobre los aspectos mencionados en el párrafo

precedente. En estos casos la información que se brinda es importante en la medida en la que, posteriormente, muchos de los pacientes podrán entender, a partir de dicha explicación, los motivos por los que se les aplicó un tratamiento determinado. Incluso, al momento de aplicar dicho tratamiento, la explicación que se brinda puede llegar a tranquilizar a los referidos pacientes

De otro lado, el consentimiento informado no es un requisito para brindar un tratamiento cuando concurren las siguientes circunstancias:

- a) Que el paciente sea un paciente involuntario;
- b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente compruebe que el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presentes la seguridad del paciente y la de terceros, el paciente se niegue irracionalmente a dar su consentimiento
- c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

Los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental señalan que tampoco es necesario obtener el consentimiento informado de los pacientes, cuando un profesional de la salud mental, calificado y autorizado por ley, determine que el tratamiento a emplear es necesario y urgente para impedir un daño inmediato o inminente en los pacientes o en otras personas; ni cuando los pacientes tengan un curador que brinde el consentimiento informado respectivo.

Finalmente, los mencionados principios establecen que todo tratamiento que se brinde debe registrarse de inmediato en la historia clínica del paciente, indicándose si se trata de un tratamiento voluntario o involuntario.

La legislación interna, establece que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, salvo en el caso de las intervenciones de emergencia.

Por tanto, los tratamientos que se administran a personas con enfermedades mentales deben ser autorizados por ellas mismas, salvo que éstas cuenten con curador, se encuentren en una situación de emergencia o su capacidad de juicio esté muy afectada como para dar su consentimiento a un tratamiento necesario para evitar deterioros considerables a su salud.

Para ello, toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado o negarse a recibir tratamiento médico.

Los pacientes tienen derecho a conocer su diagnóstico, su pronóstico, las alternativas de tratamiento, los riesgos de los tratamientos propuestos; así como las contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se les prescriban y administren. Finalmente, es necesario que la información que se otorga a los pacientes, se proporcione en términos comprensibles y de manera veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones de la prestación y los demás términos y condiciones del servicio.

Los médicos tratantes son los responsables de brindar a los pacientes información sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, el manejo del problema de salud, los riesgos y las consecuencias del tratamiento. Por su parte, los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar a los pacientes y a sus familiares, sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y los demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico.

3. Derecho a un trato digno

La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. En el caso específico de las personas con enfermedades mentales, el derecho a la dignidad se

encuentra también reconocido en la Constitución. “toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”.

El respeto a la dignidad de las personas internadas en establecimientos de salud mental se materializa en las condiciones en que éstas se encuentran hospitalizadas. En este sentido, “el medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de vida normal de las personas de edad similar”.

De esta manera, el internamiento en condiciones dignas supone que los establecimientos de salud mental tengan instalaciones de agua y desagüe, servicios higiénicos adecuadamente equipados, instalaciones para actividades de recreo y de esparcimiento, instalaciones educativas, instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, instalaciones que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales, entre otras.

Además, las personas internadas deben gozar de una alimentación sana y suficiente; de ambientes limpios, con buena ventilación; de camas y frazadas suficientes; de decoración adecuada; de ropa en buen estado de conservación y adecuada al clima; de útiles de higiene personal; entre otras condiciones de vida digna.

Reconociendo el carácter de interdependencia de los derechos humanos, debe señalarse que el derecho a vivir en condiciones dignas tiene estrecha vinculación con otros derechos como el derecho a no ser discriminado. La discriminación es un determinante social de la salud que aumenta la vulnerabilidad de las personas y obstaculiza las intervenciones sanitarias eficaces, teniendo como resultado que los grupos vulnerables y marginados de la sociedad deban soportar el peso de la mala salud.

Nadie puede ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare, ni ser sometido, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docente.

4. Derecho a recibir atención médica y odontológica de calidad

Todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad. El Estado supervisa el eficaz funcionamiento de las entidades públicas, privadas o mixtas, encargadas de las prestaciones de salud.

El derecho a la salud de las personas con enfermedades mentales comprende el derecho a recibir atención médica de calidad en salud mental, así como frente a la afección de otros tipos de enfermedades, incluyendo la atención odontológica. Esta atención debe ser brindada, sin discriminación por su condición de discapacidad, tanto en los establecimientos de salud mental donde se encuentren hospitalizados, como en los establecimientos hospitalarios donde sean transferidos para ser atendidos por otros problemas de salud.

Toda persona tiene derecho al acceso a las prestaciones de salud, sin ser discriminada en razón a cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare.

5. Derecho al tratamiento lo menos restrictivo y alterador posible

Las personas con discapacidad, a causa de una deficiencia física o mental, tienen derecho a un régimen de readaptación.

Los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental disponen que todas las personas tengan derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental. En tal sentido, se reconoce el derecho de todo paciente “a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros”.

Dicho principio guarda íntima relación con el derecho que tiene toda persona que tiene una enfermedad mental, a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en su comunidad. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, los pacientes tendrán derecho a ser tratados, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de

sus familiares o amigos, debiendo regresar a la comunidad lo antes posible. En todo caso, el medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse, en la mayor medida posible, a las condiciones de la vida habitual de las personas de edad similar.

De otro lado, la medicación que se suministra a los pacientes con enfermedades mentales, no puede ser aplicada en dosis innecesarias o en drogas con efectos adversos desproporcionados.

Al respecto, los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental establecen que “la medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros”. Además, toda medicación deberá ser prescrita por un profesional de la salud mental autorizado por la ley, y se registrará en la historia clínica del paciente.

De este modo, el tratamiento de los pacientes debe estar orientado a preservar y estimular su independencia personal. Este tratamiento, así como los cuidados de cada paciente, se basarán en un plan prescrito individualmente, el cual se examinará con los pacientes, se revisará periódicamente y se aplicará por personal profesional calificado. Para ello, las instituciones psiquiátricas deberán disponer de:

- a. Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes para proporcionar al paciente un programa de terapia apropiada y activa;
- b. Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;
- c. Atención profesional adecuada;
- d. Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

Respecto al manejo de la agitación que pudieran presentar los pacientes con enfermedades mentales, es una práctica común en la psiquiatría someter a dichos pacientes a mecanismos de contención. Estos mecanismos pueden ser farmacológicos (mediante la aplicación de drogas) o físicos (mediante la sujeción o el aislamiento).

Al respecto, y con el objeto de asegurar el respeto del derecho al tratamiento lo menos restrictivo y alterador posible, establece que los mecanismos de contención física sólo son aceptables cuando cumplan los siguientes requisitos:

- a. Que no haya otro medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente en los pacientes o en terceros;
- b. Que la medida de sujeción o de aislamiento se realice con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados por la institución psiquiátrica;
- c. Que la medida de sujeción o de aislamiento no se prolongue más allá del período estrictamente necesario para alcanzar los propósitos para los cuales fue adoptada;
- d. Que sus motivos y su duración se registren en la historia clínica de los pacientes;
- e. Que los pacientes sometidos a restricción física sean mantenidos en condiciones dignas,
- f. Que los pacientes sometidos a restricción física se encuentren bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado;
- g. Que se dé aviso de la medida a los representantes personales de los pacientes, de haberlos y de proceder. Como parte del derecho a recibir una atención de calidad, toda persona tiene derecho a la recuperación, a la rehabilitación y a la promoción de su salud mental.

6. Derecho a la integridad personal

Toda persona tiene derecho a su integridad moral, psíquica y física; y a su libre desarrollo y bienestar. “nadie debe ser víctima de violencia moral, psíquica o física, ni sometido a tortura o a tratos inhumanos o humillantes” y “nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. En este sentido, es obligación de los Estados adoptar todas las previsiones necesarias para evitar que las personas con enfermedades mentales sean víctimas de torturas, o de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

La atención de las personas con enfermedades mentales deberá brindarse siempre con arreglo a las normas de ética de los profesionales de salud mental y, en particular, a los “Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluidos la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

De este modo, en ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos ni de las técnicas psiquiátricas. No se someterá a ningún paciente a esterilización como tratamiento de la enfermedad mental. Tampoco se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

7. Derecho a la intimidad y a la privacidad en las comunicaciones

Se establece el derecho que tiene toda persona al secreto y a la inviolabilidad de las comunicaciones y documentos privados. Esta norma señala que “las comunicaciones, telecomunicaciones o sus instrumentos sólo pueden ser abiertos, incautados, interceptados o intervenidos por mandamiento motivado del juez, con las garantías previstas en la ley”.

Derecho de los pacientes con enfermedades mentales a ser plenamente respetados en lo que refiere a su vida privada. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de “personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria”.

El respeto del derecho a la intimidad de los pacientes supone que éstos deben poder disponer de momentos de privacidad, de espacios donde puedan guardar sus pertenencias personales de manera segura, de espacios privados donde puedan realizar sus necesidades corporales, entre otros.

Del mismo modo, los mencionados principios reconocen el derecho a la libertad de comunicación. Este derecho incluye “la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos”.

Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho al respeto de su intimidad y a la reserva de la información relacionada con el acto médico y con la historia clínica. Por tal motivo, la información que pueda afectar la intimidad personal y familiar o la imagen propia no es de dominio público, aun cuando se encuentre en poder de las entidades del sector público.

Además, “el profesional de la salud, el técnico o el auxiliar que proporciona o divulga, por cualquier medio, información relacionada al acto médico en el que participa o del que tiene conocimiento, incurre en responsabilidad civil o penal, según el caso, sin perjuicio de las sanciones que correspondan en aplicación de los respectivos Códigos de Ética Profesional”.

Cabe señalar que lo mencionado exceptúa de la reserva de la información los siguientes casos:

- Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;
- Cuando sea requerida por la autoridad judicial competente;
- Cuando fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica, siempre que la información obtenida de la historia clínica se consigne en forma anónima;

- Cuando fuere proporcionada a familiares o allegados del paciente con el propósito de beneficiarlo, siempre que éste a no lo prohíba expresamente;
- Cuando versare sobre enfermedades y daños de declaración y notificación obligatorias, siempre que sea proporcionada a la autoridad de salud;
- Cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora o administradora de financiamiento vinculada con la atención prestada al paciente, siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.
- Cuando fuere necesaria para mantener la continuidad de la atención médica al paciente.

8. Derecho a contar con mecanismos de protección de derechos

El debido proceso está concebido como el cumplimiento de todas las garantías, requisitos y normas de orden público que deben observarse en las instancias procesales de todos los procedimientos, incluidos los administrativos, a fin de que las personas estén en condiciones de defender adecuadamente sus derechos ante cualquier acto del Estado que pueda afectarlos. Vale decir, que cualquier actuación u omisión de los órganos estatales dentro de un proceso, sea este administrativo o jurisdiccional, debe respetar el debido proceso”.

“Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter”.

Cualquier órgano del Estado que ejerza funciones de carácter materialmente jurisdiccional, tiene la obligación de adoptar resoluciones apegadas a las garantías del debido proceso legal. Debido a su condición de dependencia respecto a las personas que las atienden y al escaso valor que se reconoce a su palabra, las personas internadas en establecimientos

de salud mental se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Por este motivo, los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental reconocen la necesidad de implementar mecanismos específicos que tengan por objeto la protección de sus derechos.

Un presupuesto para el respeto de los derechos es el conocimiento de los mismos por parte de las personas a quienes éstos se dirigen.

“Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos”.a si mismo se recomendado “adoptar las medidas que sean necesarias para que en todas las instituciones de salud mental se expongan los derechos del paciente en lugares visibles, tales como salas de espera, servicios de admisión y otros lugares frecuentados por familiares y pacientes”.

Todo paciente debe tener la posibilidad de presentar una queja frente a la vulneración de sus derechos. Esta queja deberá ser tramitada de conformidad con las garantías del debido proceso, las mismas que incluyen el derecho a designar a un defensor para que la represente, a gozar de un intérprete si fuera necesario, a que la decisión que resuelva el caso sea motivada y adoptada por escrito, entre otras. Asimismo, toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

De otro lado, debe existir un órgano independiente e imparcial, encargado de revisar las decisiones sobre el internamiento involuntario de personas con enfermedades mentales y el tratamiento que se administre a estas personas.

Los Estados tienen la obligación de velar porque existan mecanismos adecuados para: inspeccionar a las instituciones psiquiátricas, investigar y resolver quejas, y establecer procedimientos disciplinarios

o judiciales apropiados para los casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

2.4. Rol de la familia

Las familias pueden jugar un rol importante en lograr la integración comunitaria, sin embargo, sin los servicios y el apoyo apropiados, las familias serán incapaces de facilitar la integración comunitaria real de sus familiares con discapacidad. La Ley General de la Persona con Discapacidad (Ley 27050) compromete una serie de apoyos para las familias de las personas con discapacidades. El artículo 4 de la ley reconoce que la familia juega un rol esencial para lograr los objetivos de la ley, y establece que el Estado debe ofrecer, a los miembros de la familia, un entrenamiento integrado en educación, deportes, salud y en la incorporación de los miembros familiares que tengan discapacidades a la fuerza de trabajo. A pesar de la Ley 27050, las familias de las personas con discapacidades reciben poco o ningún apoyo estatal. Las familias podrían beneficiarse, en gran medida, de un entrenamiento que facilite la rehabilitación y el cuidado de los miembros de sus familias con discapacidades, y que tome, también, provisiones necesarias para habilitar el “cuidado sustituto” (para que los familiares puedan descansar de su rol y dedicarse a otras actividades) y otros servicios

Aún considerando todo el cuidado y apoyo provisto por muchas familias a sus familiares con discapacidades, deben de crearse alternativas a la familia que aseguren que los que no puedan vivir con sus familias, o que hayan sido abandonados por sus familias biológicas, también tengan las oportunidades para vivir en la comunidad. La naturaleza de las enfermedades mentales, a veces, contribuye con la alineación del individuo con la enfermedad, de su familia. En todas las sociedades, algunos individuos con discapacidades mentales experimentan abusos y negligencias al interior de sus familias, lo cual empeora su enfermedad. El Perú experimenta un nivel alarmante alto de violencia interfamiliar. Se deben crear alternativas para que los individuos que sufren violencia al interior de sus hogares, o para que aquellos que

vienen de tales hogares y son dados de alta de los centros de tratamiento de la salud mental, no sean puestos de vuelta en un hogar donde la violencia o el abuso sexual contribuya al deterioro de la salud mental del individuo.

La familia como institución celular y fundamental de la sociedad y como primera y principal escuela de aprestamiento y aprendizaje del niño, se constituye en la principal responsable del éxito o fracaso del individuo de su felicidad o de su desgracia, de su salud o enfermedad, de su tranquilidad o desasosiego.

Pues la familia de acuerdo a su organización y funcionamiento pueden generar bienestar, paz, realización y salud entre sus miembros, o por el contrario producir malestar, angustia, fracaso y enfermedad.

La mayoría de las veces la familia no conoce el origen y la naturaleza de las enfermedades mentales, y no puede comprender al enfermo, muchas veces mal interpreta síntomas que se manifiestan como: pensamiento irracionales, gesticulaciones, conductas extravagantes, sentimientos incongruentes, delirios alucinaciones, etc. Por lo tanto no sabe como ayudarlo con frecuencia comete errores involuntarios en su afán por ayudarlos, pero que resultan perjudiciales para su paciente.

A continuación algunos roles concretos para la familia del enfermo mental:

1. La familia debe conocer aspectos básicos de la naturaleza y síntomas de la enfermedad, así como algunas pautas del tratamiento.
2. La familia hará lo posible para facilitar la medicación indicada a su enfermo, sin interrumpir ni modificar la dosis unilateralmente sin autorización de su médica tratante.
3. Los familiares deberán conocer los efectos colaterales de los medicamentos usados, la mayoría de estos pueden producir: somnolencia, temblores, rigidez muscular, sequedad en la boca, etc.
4. La familia le brindara a su enfermo protección y custodia solo y cuando sea pertinente y muy necesario. Deben evitar las actitudes policíacas frente al paciente.
5. Si es posible que el enfermo trabaje, estudie y contraiga matrimonio, salvo en el caso de pacientes muy deteriorados y crónicos. Es necesario desmitificar la enfermedad mental y cuidar los estigmas y perjuicios que

condenan injustamente al enfermo a una irrecuperabilidad, a una posibilidad y aislamiento forzado.

6. Trátelo como un miembro de la familia, no le excluya no le tenga miedo ni cólera, no lo subestime, no lo sobreproteja, no lo maltrate.
7. La familia debe mantenerse unida y rodear al enfermo de una atmósfera psico-afectiva favorable, comprensiva, muy necesarias para la recuperación del paciente.
8. Bríndale trato humano, confianza y seguridad, no le mienta, no discuta con él, aclárele algunos asuntos con cariño, respeto y flexibilidad, estimúlelo e infúndale fe y esperanza.
9. Al paciente psiquiátrico es necesario darle una buena alimentación, prohibiéndole la ingesta de bebidas alcohólicas y el café. Debe descansar y dormir lo suficiente, y no trasnocharse. Debe de disfrutar de actividades recreativas, practicar ejercicios y deportes, realizar tareas domesticas, sin exigencias de rapidez ni horarios rígidos. Hay que evitarle la dependencia.
10. El control médico es importante, la familia debe apoyar el control médico periódico con su médico tratante, aún cuando se sienta bien, pues la recuperación es lenta y se debe evitar recaídas.
11. La familia debe conocer los derechos del enfermo mental. Los cuales se han descrito.

G. HIPÓTESIS

1. Existe un nivel de conocimiento y practicas alto de los familiares acerca de los derechos del enfermo mental.
2. Existe un nivel de conocimiento y practicas medio de los familiares acerca de los derechos del enfermo mental.
3. Existe un nivel de conocimiento y practicas bajo de los familiares acerca de los derechos del enfermo mental.
4. Las variables socio demográficas como: edad, sexo, parentesco, grado de instrucción y ocupación de los familiares del paciente psiquiátrico influye en los niveles de conocimiento y practica acerca de los derechos del enfermo mental.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. Nivel de Conocimiento acerca de Derechos del enfermo mental:

Se define al conocimiento cognoscitivo que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados sobre los derechos del enfermo mental, para ello se clasifica esta variable en:

1.1. Conocimiento alto:

Se considera en esta clasificación a todos los familiares que hayan alcanzado una puntuación de 15 a 22 puntos.

1.2. Conocimiento medio:

Se considera en esta clasificación a todos los familiares que hayan alcanzado una puntuación de 09 a 15 puntos.

1.3. Conocimiento bajo:

Se considera en esta clasificación a todos los familiares que hayan alcanzado una puntuación de 0 a 08 puntos.

2. Familiares del Paciente Psiquiátrico:

Son considerados para el estudio a todos los familiares del paciente psiquiátrico cuyo factor de inclusión es que su paciente sea hospitalizado en el hospital, personas unidas por vínculo de consanguinidad pendientes del paciente.

3. Derechos del Paciente Psiquiátrico hospitalizado.

Son la garantía que tienen los pacientes psiquiátricos hospitalizados de tener protección obligatoria por parte de su familia, el estado y la comunidad.

4, Práctica acerca de los derechos del enfermo mental:

Son las repuestas expresadas por los familiares y observadas a los mismos, referente a los derechos del enfermo mental, el cual será obtenido mediante la aplicación de un cuestionario y valorado en prácticas aplicadas, parcialmente aplicadas y no aplicadas.

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Nivel de conocimiento de los familiares del servicio de hospitalización acerca de los derechos del enfermo mental.	Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados fundados o inexactas que poseen los individuos obtenidos de diversas fuentes de información del entorno social y formal.	Conceptual Sensible Holística	1. Definición de derecho. 2. Documentos internacionales de los derechos del enfermo mental. 3. Clasificación de los derechos de las personas internadas en los hospitales de salud mental. 4. Descripción de los derechos del enfermo mental hospitalizado. 5. Importancia del derecho humano. 6. Información de los derechos del enfermo mental. 7. Opinión acerca de los derechos del paciente con enfermedad mental	Es toda aquella información que tienen los familiares del servicio de hospitalización acerca de los derechos del enfermo mental. El cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado en conocimiento alto, medio y bajo.	Conocimiento - Alto - Medio - Bajo
Practicas de los familiares del servicio de hospitalización acerca de los derechos del enfermo mental	Es la aplicación de los conocimientos adquiridos a través de la experiencia y se traduce en acciones pudiendo ser valorada a través de la observación y expresada por los familiares por medio del lenguaje.	Siempre A veces Nunca	Derechos de las personas internadas en los establecimientos de salud mental	Conjunto de acciones que refieren realizar los familiares y observado a los mismos sobre los derechos del enfermo mental. El cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado si es que lo aplica, parcialmente lo aplica y no lo aplica.	- Lo aplica - Parcialmente te lo aplica - No lo aplica

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO;

Para este estudio se utilizó el tipo de investigación cuantitativa, porque nos permitió medir la variable.

Es de nivel aplicativo porque nos permitió obtener información sobre el nivel de conocimiento y práctica de los familiares acerca del derecho del enfermo mental.

Se aplicó el método descriptivo simple, ya que según la naturaleza de las variables nos permitió describir objetivamente los datos obtenidos.

B. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE O ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio de investigación fue la institución: Hospital “Hermilio Valdizán”, el cual pertenece a la jurisdicción de la DISA IV Lima-este y se encuentra ubicado en la carretera central km. 3.5 del distrito de Santa Anita. Lima, capital del Perú, se ubica en la parte central de la costa del país, a una altitud de 155 m.s.n.m.

El hospital tiene un área de 50,874m² y está ubicada en la zona periférica de la ciudad.

El hospital está especializado en los problemas de salud mental. Para tal fin cuenta con los siguientes órganos de línea: departamento de salud mental del adulto y geronte, departamento de salud mental en familia, departamento de análisis y modificación del comportamiento, departamento de adicciones, departamento de promoción de la salud mental y centro de rehabilitación de niños (CRÑ). Su

jurisdicción corresponde a los distritos de: Ate, El Agustino, La Molina, La Victoria, San Borja, San Luís, Surco y los departamentos del centro del país.

El hospital cuenta con un total de 369 camas para hospitalización distribuidas de la siguiente manera: psiquiatría general 200, adicciones 30, CRÑ 60, emergencia y sala de observación 4 y clínica 75.

El total de los pacientes hospitalizados en los pabellones tanto de mujeres y varones es de 140 pacientes incluyendo a pabellones de pacientes crónicos.

Los días de visita para los familiares del pabellón 4(mujeres) son los días martes, jueves, sábado, domingo y feriados. Y para los pabellones 2, 5 y 6 (varones) son los días lunes, miércoles, sábado, domingo y feriados. Los horarios son de 2.30 p.m. a 4.30 p.m.

Los trastornos psicóticos son los que ocupan el primer lugar en la morbilidad y la esquizofrenia es el diagnóstico más frecuente.

El hospital también brinda atención en medicina interna, odontología, neurología, cardiología y patología clínica.

El hospital cuenta con personal especializado y experimentado que garantiza la calidad de atención. Sin embargo, existe personal asistencial, administrativo y de servicios generales que no cuentan con la formación requerida para el desarrollo de sus actividades, aunado a un clima organizacional que favorece la desmotivación y poca identificación institucional, que debe revertirse asumiendo una adecuada política de capacitación y captación de recursos humanos debido a su antigüedad, sus sistemas de agua, instalaciones eléctricas y red telefónica son obsoletos y han colapsado. Sin embargo sus áreas verdes y la amplitud de sus instalaciones brindan un ambiente acogedor. La mejora de la infraestructura debe ser realizada de una manera racional y con criterio técnico dentro de un plan de desarrollo arquitectónico.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población es de 30 familiares, y la muestra de estudio estará conformada por 30 familiares de pacientes psiquiátricos del servicio de hospitalización de la institución. Se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia conformando dichos familiares la unidad de análisis.

Para la selección de nuestra muestra primero se realizará la entrevista a los familiares del paciente que acuden al servicio de hospitalización de dicha

institución, luego se realizará la revisión de las historias clínicas, para verificar el diagnóstico y confrontar la entrevista y pedir consentimiento informado del familiar, esta población será seleccionada siguiendo criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Familiar de ambos sexos
2. Que el familiar sea mayor de 18 años.
3. Que tenga conocimiento del diagnóstico de la enfermedad de su paciente.
4. Que su paciente sea hospitalizado en los pabellones del Ministerio de Salud del hospital (Pabellón 2, 4, y 6)
5. No ser analfabeto.
6. Que el paciente no este en abandono familiar.

Criterios de exclusión:

1. Que su paciente sea hospitalizado en los pabellones de clínica de la institución (Pabellón 1 y 3 los cuales no pertenecen al Ministerio de Salud) y el pabellón 5 de pacientes crónicos.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista, mediante la cual se procedió al recojo directo de datos brindados por los familiares del enfermo mental en el servicio de hospitalización del Hospital Hermilio Valdizan, distrito de Santa Anita, esta entrevista tuvo una duración promedio de 20 minutos tanto para el nivel de conocimiento y lo práctico, el instrumento que se utilizó fue un cuestionario “Nivel de conocimiento y prácticas sobre los derechos de los pacientes con enfermedad mental”, para la evaluación de conocimientos, que presenta la siguiente estructura: título, presentación, datos generales, contenido (información específica sobre los derechos del enfermo mental con un total de 22 ítems).

Para la evaluación de la práctica se utilizó un cuestionario “Nivel de conocimiento y prácticas sobre los derechos de los pacientes con enfermedad mental”, que presenta la siguiente estructura: Preguntas con 17 ítems y sus respectivas alternativas de siempre, a veces y nunca.

Parámetro de valoración**Nivel de conocimientos:**

Conocimiento alto	:	15 – 22 puntos
Conocimiento medio	:	09 – 15 puntos
Conocimiento bajo	:	0 – 08 puntos

Prácticas:

Siempre	:	39 - 51 puntos
A veces	:	28 – 38 puntos
Nunca	:	17 – 27 puntos

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Para darle confiabilidad y validez a los instrumentos fueron sometido a juicio de 07 expertos en el área de salud mental, conformado por enfermeras nombradas, médicos, psicólogos y asistentes sociales y luego se aplicó la prueba piloto respectiva con los sujetos que reunían las mismas características de la muestra y que pertenecen a la misma institución. (Ver anexo E)

E. RECOLECCIÓN DE DATOS**Procesamiento:**

1. El cuestionario fue elaborado por la investigadora.
2. Se realizó las coordinaciones con la unidad de capacitación, jefatura de enfermería y la dirección del Hospital Hermilio Valdizan para solicitar la autorización para su ejecución.
3. El instrumento de 22 ítems y de igual forma el de 16 ítems referente a las variables en estudio se aplicaron en diferentes momentos, durante el 2008,
4. Durante el procedimiento se informó a los familiares encuestados sobre los objetivos del estudio de investigación, resaltando en todo momento que es anónimo, culminando el procedimiento con satisfacción y agradecimiento.

F. PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Para la realización del procesamiento y el análisis de la información, que fue recogido se realizó los siguientes pasos:

1. Se verifico cada uno de los instrumentos aplicados.
2. Se realizo la codificación instrumental.
3. Se codifico los ítems según las tablas en blanco.
4. Se procedió a la tabulación nominal.
5. Se realizo el vaciado de datos en la base de datos SPSS 13.
6. Se aplico las pruebas estadísticas pertinentes: Se aplico la prueba binomial y se utilizo la prueba de la Ch2

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la medicina se combina el arte de curar y la ciencia. Donde mejor se refleja la dinámica de esta combinación es en la psiquiatría, la rama de la medicina especializada en el cuidado y la protección de aquellos que padecen a causa de enfermedades o minusvalías mentales. Aun existiendo diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible y necesario el desarrollo de una conducta ética universal.

Como profesionales de la medicina, los psiquiatras, enfermeras y demás profesionales de la salud mental deben ser conscientes de las aplicaciones éticas que se derivan del ejercicio de su profesión y de las exigencias éticas específicas de la especialidad de psiquiatría. Como miembros de la sociedad, los psiquiatras deben luchar por un tratamiento justo y equitativo de los enfermos mentales, en aras de una justicia social para todos.

El comportamiento ético se basa en el sentido de la responsabilidad individual de cada profesional hacia cada paciente y en la capacidad de ambos para determinar cual es la conducta correcta y más apropiada. Las normas externas y las directrices tales como los códigos de conducta profesional, las aplicaciones de la ética y de las normas legales, no garantizan por si solas la práctica ética de la medicina.

El profesional de enfermería de salud mental tendrá en cuenta la relación enfermera - paciente y tratará con respeto al paciente y familia. Se aplicara formato de consentimiento informado. Se aplicara el cuestionario en un lugar privado, cómodo y en forma anónima.

Es deber del personal de salud mental mantener al tanto el desarrollo científico de su especialidad y de diseminar estas enseñanzas actualizadas. Los psiquiatras con experiencias en la investigación deben tratar de ampliar las fronteras científicas de la psiquiatría.

El paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio. La relación terapeuta-paciente debe basarse en la confianza y en el respeto mutuo. Que es lo que permite al paciente la información relevante y significativa para que pueda tomar decisiones racionales de acuerdo a sus normas, valores o preferencias propios.

Cuando el paciente está incapacitado o no pueda ejercer un juicio adecuado a causa de un trastorno mental, el personal de salud mental, deberá consultar con su familia y si fuera necesario buscar consejo jurídico, con el objeto de salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del pacientes. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento en contra de la voluntad del paciente, salvo que el no hacerlo ponga en peligro la vida del paciente o de aquellos que lo rodean el tratamiento debe guiarse siempre por el mejor interés del paciente.

Cuando un psiquiatra se le solicite evaluar a una persona, es su deber informar y aconsejar a la persona que se evalúa por el propósito de la intervención, sobre el uso de los resultados de la misma y sobre las posibles repercusiones de la evaluación. Este punto es particularmente importante cuando los psiquiatras tengan que intervenir en situaciones con terceras partes.

La información obtenida en el marco de la relación terapéutica debe ser confidencial utilizándose exclusivamente con el propósito de mejorar el saluda mental del paciente.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DA DATOS

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de ser sometidos al análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

CUADRO N°. 1

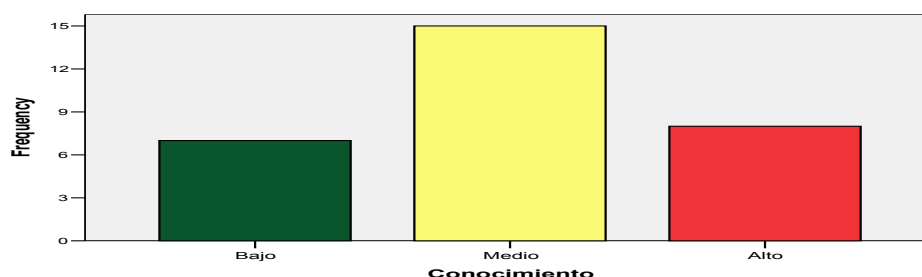
NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008

NIVEL	N	%
Bajo	7	23.3
Medio	15	50.0
Alto	8	26.7
Total	30	100.0

En el cuadro se puede observar que el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental es de un nivel medio en un 50% (15), alto en un 26.7% (8) y bajo en un 23.3% (7).

GRAFICO N°. 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008



CUADRO N°.2

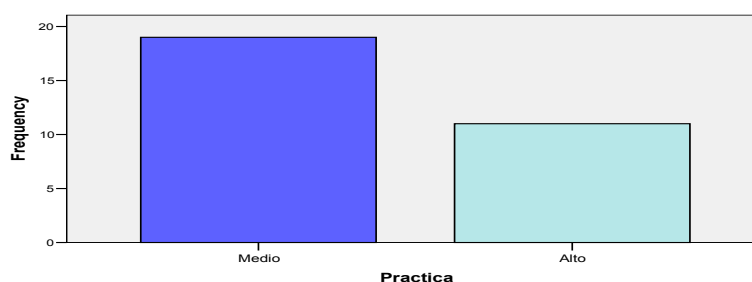
NIVEL DE PRACTICAS ACERCA DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008

NIVEL	N	%
Medio	19	63.3
Alto	11	36.7
Total	30	100.0

En el cuadro se puede observar que del 100% (30) de los encuestados el 63.3% (19) presenta un nivel de practicas medio acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el 36.7% (11) un nivel de practicas alto. Asimismo es de notar que no se observo ningún caso con un nivel de practicas bajo.

GRAFICO N°. 2

NIVEL DE PRACTICAS ACERCA DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008



CUADRO N°. 3

TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS ACERCA DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008

Practica	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medio	6	85.71%	8	53.33%	5	62.50%	19	63.33%
Alto	1	14.29%	7	46.67%	3	37.50%	11	36.67%
Total	7	100.00%	15	100.00%	8	100.00%	30	100.00%

Pearson Chi-Square = 2.158236; GL = 2; p = 0.339895095995289

NO SIGNIFICATIVO

Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 0.741989; GL = 1; p = 0.389024439630179

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀: No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

H₁: Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

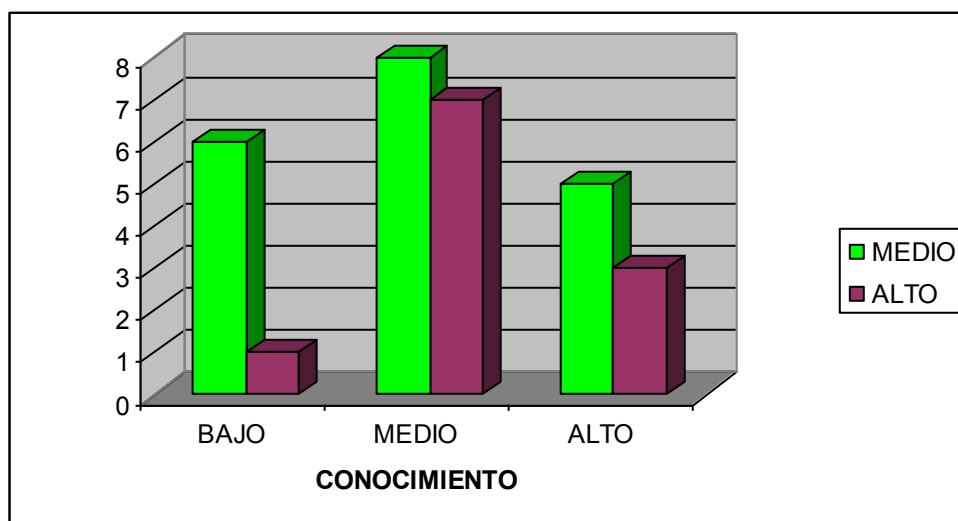
Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística: El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 2.158236$ con $GL=2$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.33989$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

GRAFICO N°. 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS ACERCA DE LOS DERECHOS
DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008



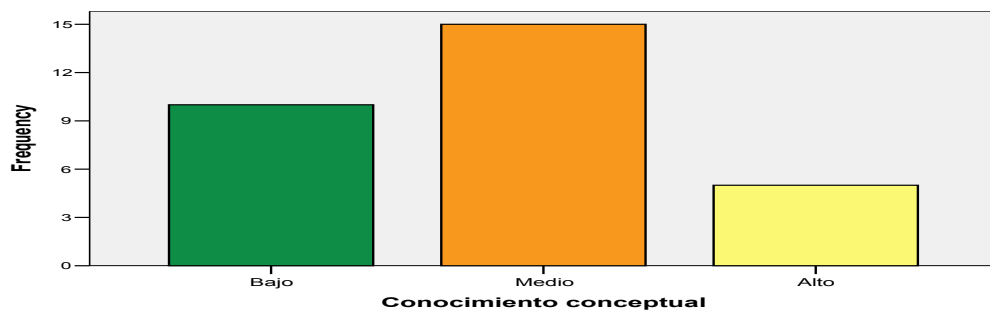
CUADRO N°. 4
NIVEL DE CONOCIMIENTO CONCEPTUAL SOBRE DERECHOS DEL
ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008

NIVEL	N	%
Bajo	10	33.3
Medio	15	50.0
Alto	5	16.7
Total	30	100.0

En el cuadro se puede observar que del 100% (30) de los encuestados, el 50% (15) presenta un nivel de conocimiento conceptual medio, el 33.3% (10) un nivel bajo y el 16.7% (5) un nivel alto.

GRAFICO N°. 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO CONCEPTUAL SOBRE DERECHOS DEL
ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN 2008**



CUADRO N°. 5

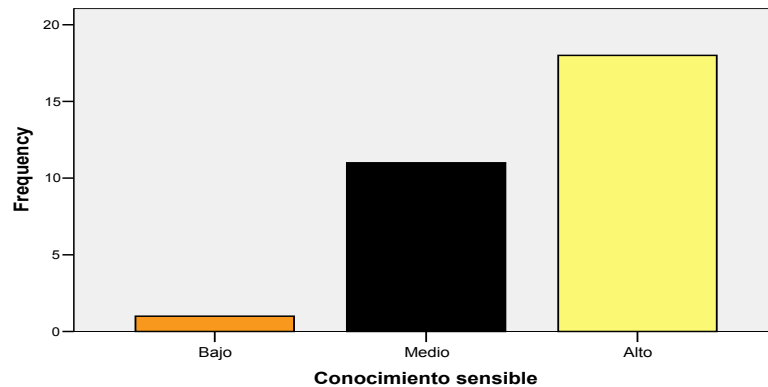
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SENSIBLE SOBRE DERECHOS DEL
ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008**

NIVEL	N	%
Bajo	1	3.3
Medio	11	36.7
Alto	18	60.0
Total	30	100.0

En el cuadro se puede observar que del 100% (30) de los encuestados, el 60% (18) presenta un nivel de conocimiento sensible alto, el 36.7% (11) un nivel medio y el 3.3% (1) un nivel bajo.

GRAFICO N°. 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SENSIBLE SOBRE DERECHOS DEL
ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008**



CUADRO N°. 6

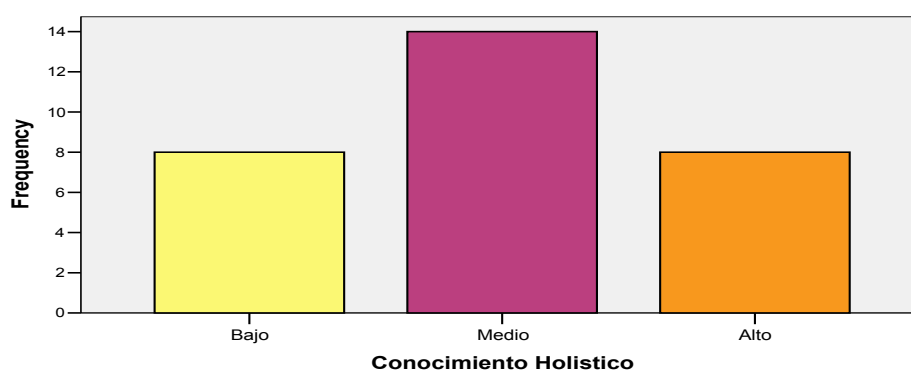
**NIVEL DE CONOCIMIENTO HOLISTICO SOBRE DERECHOS DEL
ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008**

NIVEL	N	%
Bajo	8	26.7
Medio	14	46.7
Alto	8	26.7
Total	30	100.0

En el cuadro se puede observar que del 100% (30) de los encuestados, el 46.7% (14) presenta un nivel de conocimiento holístico medio, el 26.7% (8) un nivel alto y el otro 26.7% (8) un nivel bajo.

GRAFICO N°. 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO HOLISTICO SOBRE DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008



CUADRO N°. 7

TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO CONCEPTUAL Y PRACTICAS SOBRE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008

Practica	Conocimiento Conceptual						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medio	8	80.00%	8	53.33%	3	60.00%	19	63.33%
Alto	2	20.00%	7	46.67%	2	40.00%	11	36.67%
Total	10	100.00%	15	100.00%	5	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 1.866028; GL = 2; p = 0.39336617651305								
NO SIGNIFICATIVO								
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 0.987616; GL = 1; p = 0.320325719504497								

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀: No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento conceptual y las prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

H₁: Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento conceptual y las prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística: El Chi cuadrado observado es $J_i^2 = 1.866028$ con $GL=2$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.3934$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento conceptual y las prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

CUADRO N° 8

TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO SENSIBLE Y PRACTICAS SOBRE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008

Practica	Conocimiento Sensible						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medio	1	100.00%	8	72.73%	10	55.56%	19	63.33%
Alto	0	0.00%	3	27.27%	8	44.44%	11	36.67%
Total	1	100.00%	11	100.00%	18	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 1.465854; GL = 2; p = 0.480500331953622								
NO SIGNIFICATIVO								
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 1.387066; GL = 1; p = 0.238901204946456								

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀: No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sensible y las practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

H₁: Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sensible y las practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística: El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 1.465854$ con $GL=2$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.48050$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sensible y las prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

CUADRO N°. 9

TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO HOLISTICO Y PRACTICAS SOBRE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN – 2008

Practica	Conocimiento Holístico						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medio	5	62.50%	9	64.29%	5	62.50%	19	63.33%
Alto	3	37.50%	5	35.71%	3	37.50%	11	36.67%
Total	8	100.00%	14	100.00%	8	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 1.025290; GL = 2; p = 0.994886665337164								
NO SIGNIFICATIVO								
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 0; GL = 1; p = 1								

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀: No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento holístico y las practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

H₁: Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento holístico y las practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística: El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 1.025290$ con $GL=2$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.9949$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento holístico y las practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.

CUADRO N°. 10
TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
RESPECTO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de instrucción	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primaria	4	57.14%	2	13.33%	0	0.00%	6	20.00%
Secundaria	3	42.86%	10	66.67%	3	37.50%	16	53.33%
Superior	0	0.00%	3	20.00%	5	62.50%	8	26.67%
Total	7	100.00%	15	100.00%	8	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 13.75074; GL = 4; p = 8.13457649654746E-03 SIGNIFICATIVO								
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 11.15136; GL = 1; p = 8.39699998890103E-04								

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀ : No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el grado de instrucción.

H₁ : Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el grado de instrucción.

Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística: El Chi cuadrado observado es $J_i^2 = 13.75074$ con $GL=4$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.008$. Puesto que este valor P es menor que α , se concluye en rechazar la **H₀**.

Es decir existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el grado de instrucción.

CUADRO N°. 11
TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE PRACTICAS SOBRE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
RESPECTO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de instrucción	Practicas				Total	
	Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%
Primaria	5	26.32%	1	9.09%	6	20.00%
Secundaria	12	63.16%	4	36.36%	16	53.33%
Superior	2	10.53%	6	54.55%	8	26.67%
Total	19	100.00%	11	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 7.033492; GL = 2; p = 2.96958963877214E-02						
SIGNIFICATIVO						
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 5.464850; GL = 1; p = 1.940270905117E-02						

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀: No existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el grado de instrucción.

H₁: Existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el grado de instrucción.

Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística : El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 7.033492$ con $GL=2$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.030$. Puesto que este valor P es menor que α , se concluye en rechazar la **H₀**.

Es decir existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el grado de instrucción.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental es de un nivel medio en un 50%, alto en un 26.7% y bajo en un 23.3%.
- Un elevado porcentaje de familiares con 63.3% presenta un nivel de practicas medio acerca de los derechos del enfermo mental y un nivel alto con 36.7%. Asimismo es de notar que no se observo ningún caso con un nivel de practicas bajo.
- El nivel de conocimiento según dimensiones no tiene relación con las prácticas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados.
- En la dimensión del conocimiento conceptual de los familiares, el 50% tiene un nivel medio, el 33.3% un nivel bajo y el 16.7% un nivel alto.
- En la dimensión del conocimiento sensible de los familiares el 60% presenta un nivel alto, el 36.7% un nivel medio y el 3.3% un nivel bajo.
- En la dimensión del conocimiento holístico de los familiares el 46.7% presenta un nivel medio, el 26.7%, un nivel alto y el 26.7% un nivel bajo.
- El grado de instrucción de los familiares guarda una relación significativa con el nivel de conocimientos y practicas de los derechos del enfermo mental

B RECOMENDACIONES

- Promover la participación de las personas involucradas (enfermo mental) y sus familiares en defensa de sus derechos, así mismo abrir un espacio para la interacción entre estas personas, autoridades y representantes de la sociedad civil, permitiendo la generación de un alto nivel de conocimiento de los familiares acerca de los derechos del enfermo mental y el diseño de políticas orientadas a una adecuada obtención de este grupo poblacional con mayor vulnerabilidad. Diseñar una propuesta para fortalecer el nivel de conocimiento sobre de Derechos del Enfermo Mental en familiares de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Hermilio Valdizan. Donde el equipo de salud que trabaja en el área de salud mental deberá establecer un programa educativo sobre los derechos del enfermo mental a fin de que la información cubra las expectativas, logre desterrar prejuicios y conceptos erróneos que influyen negativamente en la atención del paciente. Asimismo crear una unidad de consejería y orientación a la familia del paciente psiquiátrico en las instituciones especializadas de salud mental.
- Que los Programas de Educación Continua dirigidos a los familiares de los pacientes hospitalizados sean desarrollados estratégicamente, tomando como base la información o conocimiento que poseen los familiares acerca de los derechos del enfermo mental, a fin de fomentar su participación en la defensa de los derechos del mismo y disminuir las violaciones a los derechos del paciente psiquiátrico.
- Realizar otros estudios similares de tipo comparativo en otras instituciones psiquiátricas de Lima, pudiendo tomarse como punto de análisis “las violaciones a los derechos del enfermo mental”.

C. LIMITACIONES

La limitación del presente estudio está dado a que los resultados y conclusiones sólo son válidos para el hospital Hermilio Valdizan, donde se desarrolló la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Murria y Zamer. “Actitudes de los familiares frente a la rehabilitación del paciente esquizofrénico y su relación con las características sociales y nivel de información en el Centro de Salud S.M.P”, Lima 1998
- (2) Defensoría del Pueblo. Salud Mental y Derechos Humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Ed. Serie informes Defensoriales, Perú 2005
- (3) Walter Alban Peralta. Los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad por enfermedad mental. Lima: OPS. Ministerio de Salud. 2004.
- (4) Internet: Derechos humanos del paciente psiquiátrico, MINSA 2007.
- (5) Defensoría del pueblo. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental derechos humanos y legislación. 2004
- (6) Domingo Díaz del Peral. Campaña de solidaridad enfermos mentales de la calle. Ed. Conferencia episcopal peruana 1997.
- (7) Defensor del Pueblo Andaluz. Informe de 1997.
- (8) Sánchez Tejado. “Percepción de la familia del paciente esquizofrénico acerca de las actividades que realiza la enfermería en el programa de seguimiento en el primer nivel de atención del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Lima – Perú 1999.

- (9) Aroldo Rodríguez. “Actitudes desde los familiares frente a la rehabilitación del paciente esquizofrénico y su relación con las características sociales y nivel de información en el Centro de Salud S.M.P”. Lima 1998.
- (10) Roger Coello Miranda. Locos de la calle. Ed. ABC publicidad S.A.C. 2003.
- (11) Dra. G. Cueva. Salud mental y derechos humanos. Lima 2006.
- (12) Dra. Elizabeth Soria Alfaro. Respetando los derechos de los pacientes en el contexto hospitalario. Lima 2006.
- (13) Arias de los Santos Erika.” Efectividad de un programa educativo en relación al nivel de conocimiento en familiares de pacientes esquizofrénicos del Hospital Hermilio Valdizan”. Lima – Perú 1996.
- (14) Ministerio de Salud. Derechos del enfermo mental. 2004.
- (15) Bunge Mario. Conocimiento Humano, Ed. San Marcos. 1995.
- (16) Salazar Bondi. “Nivel de conocimiento y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal del I.E. Materno Perinatal acerca del método canguro 2004 – 2005”. Lima.
- (17) Russel. en su libro conocimiento Humano. 2º Edición 1994

Internet

http://www.forodesaludmental.com.ar/ddhh_saludmental.htm#2
http://www.encuentra.com/documento.php?f_doc=46078f_tipo_doc=9
www.cedhj.org.mx/cuales/mental.html_7k

BIBLIOGRAFIA

1. ACCILIO CRUZ, Miriam. "Nivel de conocimiento y actitud del familiar responsable del paciente adicto a la pasta básica de cocaína en el I.N.S.M. Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Lima 1997.
2. ACUÑA SALAZAR, María Isabel. "Actitudes de los familiares frente a la rehabilitación del paciente esquizofrénico y su relación con las características sociales y nivel de información en el Centro de Salud S.M.P". Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Lima 1998.
3. ARIAS DE LOS SANTOS, Erika, "Efectividad de un programa educativo en relación al nivel de conocimiento en familiares de pacientes esquizofrénicos del Hospital Hermilio Valdizan". Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Lima – Perú 1996.
4. BANBAREN GASTELUMENDI, Luís. Campaña de solidaridad enfermos mentales de la calle. Lima: Ed. Conferencia episcopal peruana 1997.
5. CANALES, Francisca H, Metodología de la investigación. 2º Edición. E.U.A. publicación de OPS 1994.

6. COELLO MIRANDA, Roger. Locos de la calle, Ed. Perú: Ed. ABC publicidad S.A.C. 2003.
7. DECLARACIÓN DE CARACAS, “Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud”, 1990.
8. DEFENSORÍA DEL PUEBLO, Salud Mental y Derechos Humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Ed. Serie informes Defensoriales, Perú 2005.
9. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad por enfermedad mental, Lima: OPS. Ministerio de Salud. 2004.
10. DE LA CRUZ POMA, Epifanía Teofila, “Percepción de la familia del paciente esquizofrénico acerca de las actividades que realiza la enfermería en el programa de seguimiento en el primer nivel de atención del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Lima – Perú 1999.
11. GUANILO MASIAS, Janeth, “Relación entre el nivel de conocimiento sobre enfermedad mental y el nivel de emoción expresado de los familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externos del I.N. S.M. Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Lima – Perú 1996.
12. HEINZ DIETERICH, Steffan, Nueva guía para la investigación científica. Perú: Fondo Editorial del Pedagógico San Marcos. 2006.
13. MAGALLANES B, Sandra, “Actitud del familiar más cercano hacia el paciente esquizofrénico en relación con su nivel de conocimiento sobre esquizofrenia y el tiempo de enfermedad del paciente”. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Lima – Perú 1989.

14. MÁRQUEZ BAZAN, Flor Belinda, “Nivel de conocimiento y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal del I.E. Materno Perinatal acerca del método canguro 2004 – 2005”. Tesis para optar el título de especialista en enfermería. Lima – Perú 2006.
15. ORDEN HOSPITALARIO, de San Juan de Dios, Derechos del enfermo. Colombia: Editorial Kimpres Ltda. 1991.
16. POLIT, Hungler, Investigación científica en ciencias de la salud principios y métodos. 6º Edición. México: Mc Graw – Hill Interamericana editores S.A. d.c.v. 2000.
17. SIERES BRAVO, R. Tesis doctorales y trabajos de investigación. España Editorial Paraninfo. 1995.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

	Pag.
A OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	82
B MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	83
C INSTRUMENTO – CUESTIONARIO	84
D ESCALA DE CALIFICACION	92
E TABLA BINOMIAL SEGÚN JUECES DE EXPERTOS	93
F TABLA DE DATOS GENERALES	94
G MATRIZ GENERAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO	95
H MATRIZ GENERAL DE PRACTICAS	96
I CONSENTIMIENTO INFORMADO	97
J ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	98
K CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICION	99

A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Nivel de conocimiento de los familiares del servicio de hospitalización acerca de los derechos del enfermo mental.	Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados fundados o inexactas que poseen los individuos obtenidos de diversas fuentes de información del entorno social y formal.	Conceptual Sensible Holística	1.Definición de derecho. 2.Documentos internacionales de los derechos del enfermo mental. 3.Clasificación de los derechos de las personas internadas en los hospitales de salud mental. 4.Descripción de los derechos del enfermo mental hospitalizado. 5.Importancia del derecho humano. 6.Información de los derechos del enfermo mental. 7.Opinión acerca de los derechos del paciente con enfermedad mental	Es toda aquella información que tienen los familiares del servicio de hospitalización acerca de los derechos del enfermo mental. El cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado en conocimiento alto, medio y bajo.	Conocimiento - Alto - Medio - Bajo
Practicas de los familiares del servicio de hospitalización acerca de los derechos del enfermo mental	Es la aplicación de los conocimientos adquiridos a través de la experiencia y se traduce en acciones pudiendo ser valorada a través de la observación y expresada por los familiares por medio del lenguaje.	Siempre A veces Nunca	Derechos de las personas internadas en los establecimientos de salud mental	Conjunto de acciones que refieren realizar los familiares y observado a los mismos sobre los derechos del enfermo mental. El cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado si es que lo aplica, parcialmente lo aplica y no lo aplica.	- Lo aplica - Parcialment e lo aplica - No lo aplica

B. MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Valor final que adoptará la variable	Criterios para asignar ese valor	Procedimientos para la medición	Aproximación de técnicas e instrumentos para la recolección	Escala de medición												
<p>El valor final será:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lo aplica “Siempre” (> 39 puntos) - Parcialmente lo aplica “A veces” (14 – 22 puntos) - No lo aplica “Nunca” (< 6 puntos) 	<p>La medición de los resultados se obtendrán mediante la siguiente puntuación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prop.</th> <th>Posit.</th> <th>Negat.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S (Siempre)</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>A (A veces)</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N (Nunca)</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>La escala de estanones para determinar los intervalos de clase en la campana de gauss y serán catalogados según su puntaje:</p> <p>Favorable: > “b”</p> <p>Medianamente favorable: “a” y “b”</p> <p>Desfavorable <“a”</p>	Prop.	Posit.	Negat.	S (Siempre)	3	1	A (A veces)	2	2	N (Nunca)	1	3	<p>Administrativos: se solicitó a la autoridad correspondiente en la institución psiquiátrica su aceptación para la realización del estudio, posteriormente se recolecto los datos, el cual se hizo luego del consentimiento informado del familiar objeto de estudio en quien se aplico el instrumento.</p>	<p>La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario.</p>	Ordinal
Prop.	Posit.	Negat.														
S (Siempre)	3	1														
A (A veces)	2	2														
N (Nunca)	1	3														

C. CUESTIONARIO “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL”

Introducción:

Buenos tardes, mi nombre es Anjhela Castillo Machado, licenciada en enfermería. El presente Instrumento forma parte de un Proyecto de Investigación que se está realizando con los familiares de los pacientes; es de gran importancia su colaboración a través de sus respuestas, será anónimo, la investigadora hace extensivo su agradecimiento.

Instrucciones.

A continuación encontrará un conjunto de preguntas a los que deberá contestar marcando con un aspa (x) la alternativa correcta.

El tiempo que se empleará, será de 20 minutos.

Lea detenidamente cada pregunta y conteste la alternativa que crea correcta.

Use letra clara y legible.

Datos generales:

Edad en años:

18 - 28	()
29 - 39	()
40 - 49	()
Mayor de 50	()

Sexo: F () M ()

Pabellón hospitalizado: 2 () 4 () 6 ()

Cuantos años vive con el paciente:

1 - 5	()
6 - 10	()
11 - 15	()
16 a más	()

Grado de instrucción:

a.- Primaria	()
b.- Secundaria	()
c.- Superior	()

Ocupación:

a.- Ama de casa	()
b.- Empleado publico	()

- c.- Obrero ()
- d.- Comerciante ()
- a.- Jubilado ()
- e.- Otro.....

Parentesco:

- a.- Padre ()
- b.- Madre ()
- c.- Hijo/ Hija ()
- d.- Esposo(a) ()
- e.- Conviviente ()
- f.- Hermano ()
- g.- Ex – pareja ()
- h.- Otro.....

Tiempo de enfermedad:

- a.- 0 años a 2 años ()
- b.- 3 años a 5 años ()
- c.- 6 años a 8 años ()
- d.- 9 años a 11 años ()
- e.- 12 años a mas ()

Parte N° 1 : NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Preguntas:

1. Que significa para usted la palabra “derecho”:
 - a) Es la protección obligatoria que se tiene por parte solo del estado.
 - b) Es el cuidado que tiene la familia y el estado.
 - c) Es la protección obligatoria que se tiene por parte de la familia, el estado y la comunidad.
 - d) Es la protección obligatoria que se tiene por parte solo de la familia
 - e) Es la responsabilidad de los vecinos.

2. Las leyes que protegen los Derechos Humanos del enfermo mental son:
 - a) Declaración Universal de los Derechos Humanos, Declaración Americana de los Deberes y derechos del Hombre, Convención Americana sobre derechos humanos.
 - b) Declaración Fiscal de Derechos de la mujer, Declaración Sudamericana de los deportes, Declaración de los deberes.
 - c) Declaración Jurada, Tratados Humanos de paz, Doctrina Universal de la violencia.
 - d) Declaración del universo, declaración del deporte y declaración del notario publico
 - e) Ley general del ciudadano, reglamento del comportamiento.
3. Los derechos de las personas internadas en los hospitales de salud mental son:
 - a) Derecho a la vida, nombre propio, educación, salud, alimentación, recreo, deportes, etc.
 - b) Derecho a la libertad, a brindar un consentimiento informado, a un trato digno, a la integridad personal, etc.
 - c) Derecho a la atención rápida, medicación gratuita, hospitalización de por vida, trato digno, salud, etc.
 - d) Derecho solo a que el medico lo atienda cada vez que el paciente ingrese al hospital.
 - e) Derecho de ser atendido en el hospital cuando el familiar lo exige.
4. Las formas de internamiento u hospitalización de las personas con enfermedades mentales son:
 - a) Decididos por la familia y obligatorio.
 - b) Involuntario y amenazado por la familia.
 - c) La hospitalización voluntaria y la hospitalización involuntaria.
 - d) La hospitalización solo involuntaria.
 - e) Internamiento largo y corto.
5. Una persona podrá ser admitida(o) como paciente voluntario en una institución psiquiátrica, cuando:
 - a) El médico decide que se trata de una persona que presenta una enfermedad mental y que existe un peligro inmediato para la persona y para los que lo rodean.
 - b) El familiar así lo requiere debido a que presenta una enfermedad mental.

- c) El familiar comunica al paciente que debe hospitalizarse.
 - d) La persona lo decide por iniciativa propia debido a su enfermedad.
 - e) La familia no tiene dinero.
6. La hospitalización del enfermo mental es involuntaria, cuando:
- a) Se encuentra tranquilo en la casa.
 - b) La familia no lo quiere en la casa.
 - c) Constituye un peligro para su vida y para la salud de los que le rodean.
 - d) Acude por iniciativa de si mismo al hospital
 - d) Presenta una herida en el cuerpo.
7. Para usted el consentimiento informado que se brinda al paciente es:
- a) Un documento de defensa legal.
 - b) Un derecho del paciente.
 - c) Un deber de los médicos.
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Ninguna de las anteriores.
8. El derecho a brindar un consentimiento informado significa, que al paciente:
- a) No se administrara ningún tratamiento, sin un documento legal autorizado.
 - b) No se atenderá si no paga su hospitalización de inmediato.
 - b) Se administrara el tratamiento sin un documento legal autorizado
 - c) Los pacientes deben ser amenazados para recibir tratamiento.
 - d) No se dará sus medicinas si el paciente no quiere.
9. Todo paciente tiene derecho a brindar un consentimiento informado en el cual debe conocer su:
- a) Debilidad, su alegría, su horario de descanso, horario de ver televisión.
 - b) Diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento, contraindicaciones y advertencias de los medicamentos.
 - c) Tratamiento probable, tiempo de enfermedad, días de diversión y cura inmediata.
 - d) Fecha de alta y que días le toca bañarse.
 - e) Tarea designada por el medico y los días de permiso.
10. La persona responsable de brindar información al paciente sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento es:
- a) Enfermera.
 - b) Médico.

- c) Técnico.
 - d) Psicóloga
 - e) Asistente social.
11. Los pacientes internados tienen derecho a un trato digno el cual significa que deben gozar de:
- a) Una alimentación sana y suficiente.
 - b) Ambientes limpios con buena ventilación.
 - c) Camas y frazadas suficientes, ropa en buen estado.
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Ninguna de las anteriores.
12. Toda medicación que reciba el paciente con enfermedad mental deberá ser indicado por:
- a) Un profesional de salud mental autorizado por la ley (Medico).
 - b) Un profesional no autorizado por la ley.
 - c) Cualquier profesional conocido.
 - d) Por un farmacéutico
 - e) Por la persona que trabaja en la botica.
13. El derecho a la integridad personal, del paciente hospitalizado con enfermedad mental considera que:
- a) Deben ser victimas de torturas o de tratos crueles (golpes, dejarlos sin comer, encerrarlos)
 - b) No deben ser victimas de torturas o de maltratos (Recibir medicación indicada, Participar de terapia ocupacional y otras actividades realizadas con respeto)
 - c) Deben estar sujetos a tratamientos de esterilización.
 - d) No deben ser respetados porque no entienden.
 - e) No deben ser obligados a bañarse cuando no quieran.
14. El respeto al derecho a la intimidad del paciente significa que:
- a) Los pacientes deben de disponer de momentos de privacidad.
 - b) Deben tener espacios privados donde puedan realizar sus necesidades corporales.
 - c) Deben tener espacios donde puedan guardar sus pertenencias personales de manera segura.
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Ninguna de las anteriores.

15. Toda paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado lo más pronto posible de:
- a) Todos los deberes que debe cumplir.
 - b) Todos los inconvenientes que se presentan.
 - c) Todos los derechos que le corresponden.
 - d) Todos los pagos que debe efectuar.
 - d) .Las actividades que debe realizar.
16. Cuando los derechos del enfermo mental son atentados pueden recurrir a:
- a) La Defensoría del pueblo
 - b) La Defensoría de la mujer
 - c) La Defensoría del loco
 - d) Los hospitales generales
 - e) A los abogados.
17. Para que sirven los derechos humanos:
- a) Para proteger a algunas personas que son amenazadas.
 - b) Para proteger a todas las personas sin maltrato alguno.
 - c) Para proteger a todas las personas con diferencias de sexo, raza y religión.
 - d) Para proteger a las personas solo en la niñez y en la ancianidad.
 - e) Para proteger a los inocentes.
18. Para usted el término “sin maltrato alguno” significa:
- a) No burlarse de la persona por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, etc.
 - b) No reírse de la persona por motivo de vestido, lugar donde vive, y cuanto gana.
 - c) Burlarse de la persona por motivo de raza, color, sexo, idioma y religión.
 - d) No burlarse de las personas debido a su enfermedad que presenta y diversión que le gusta.
 - e) No lastimar a la familia por motivo de tener una persona enferma.
19. Un derecho importante que tiene el enfermo mental hospitalizado es:
- a) El derecho a tender su cama y limpiar casilleros.
 - b) El derecho a un trato digno, es decir a las condiciones de vida en la que se encuentra hospitalizado.
 - c) El derecho a la hospitalización por largo tiempo.
 - d) El derecho de caminar por todo el hospital.
 - e) El derecho a descansar todo el día.

20. La información que se otorga a los pacientes y familiares deben ser en términos:
- a) Rápidos, complejos y minuciosos.
 - b) Sencillos, incompletos y extensos.
 - c) Comprensibles, oportunos y completos.
 - d) Incomprensibles, rápidos y técnicos.
 - e) Amplios, rápidos y molestos.
21. Las personas que padezcan de una enfermedad mental, serán tratados con:
- a) Miedo y respeto.
 - b) Indiferencia y recelo.
 - c) Cuidado y miedo.
 - d) Humanidad y respeto.
 - e) Crueldad y cólera.
22. A su opinión de usted, el paciente con enfermedad mental:
- a) Debe ser sometido a esterilización.
 - b) No debe ser sometido a esterilización.
 - c) Debe ser sometido a ensayos de laboratorio.
 - d) Debe ser sometido a cirugía estética.
 - e) Debe ser sometido a plexia o electroshock siempre.
- .

GRACIAS POR SU COLABORACION.

Parte N° 2: PRACTICAS

Instrucciones para el llenado:

A continuación presentamos una serie de enunciados relacionados a las prácticas que Ud. realiza acerca de los derechos del enfermo mental.

Marque con un aspa: **X** la que corresponda a lo que Ud. practica En cada una de las tres opciones de respuesta en las columnas de al lado;

Ejemplo:

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Usted se baña		X	

PRACTICAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Acompaña al paciente en el proceso de hospitalización.			
2. UD. hospitaliza al paciente con engaños.			
3. Ha firmado el consentimiento informado.			
4. Explica al paciente la importancia de su hospitalización.			
5. El paciente utiliza un método anticonceptivo sin su consentimiento.			
6. Provee de materiales de aseo al paciente			
7. Respeta el pudor del paciente.			
8. Recibe información sobre los derechos del paciente.			
9. Pregunta al personal sobre los derechos del paciente.			
10. El paciente recibe la visita de más de un familiar.			
11. Permanece con el paciente todo el tiempo durante la visita.			
12. Acude a recibir el informe medico.			
13. Recibe información acerca del diagnostico, tratamiento y evolución del paciente.			
14. Presenta alguna queja cuando hay violación de los derechos del paciente.			
15. Cumple con comprar la medicación del paciente.			
16. Se preocupa por la salud mental del paciente			
17. Dispone de ambientes adecuados para realizar la visita al paciente.			

D. ESCALA DE CALIFICACION

Estimado(a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información al problema de investigación.			
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3.	La estructura del instrumento es adecuado.			
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalizacion de la variable.			
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6.	Los ítems son claros y entendibles.			
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma del Juez Experto

E. TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6.	0	1	0	1	1	1	1	0	0.363(*)
7.	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035

* En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Nota.- Para valorar los resultados ubicar en la Tabla de Probabilidades en la 1° columna de la izquierda el numero de jueces y en la línea horizontal (fila superior) contar cuantos numero 0 existe, si hay sólo 1 realizar la lectura en el cruce (intersección) y registrar el valor en la columna del P.

F. TABLA DE DATOS GENERALES

Nº de familiares	Edad	Sexo	P.H.	Cavp	G.I.	Ocupación	Parentesco	Tº Enf.
1	4	2	1	4	2	1	2	5
2	4	2	2	4	3	2	6	1
3	4	2	2	4	2	3	4	5
4	4	1	1	4	2	1	4	5
5	1	1	2	2	2	1	3	1
6	4	2	1	4	3	4	1	5
7	1	1	1	1	1	1	8	1
8	4	1	1	4	2	1	5	5
9	1	1	1	4	2	3	1	2
10	3	1	1	4	1	6	4	2
11	3	1	2	1	2	1	8	2
12	4	2	3	4	3	5	1	3
13	3	1	2	4	3	1	2	1
14	4	2	1	4	3	5	1	2
15	1	1	1	4	2	6	6	2
16	4	2	2	4	2	5	8	5
17	3	1	1	4	3	1	2	2
18	2	1	2	3	2	4	2	2
19	3	1	2	3	1	1	2	3
20	3	2	2	2	1	1	6	4
21	2	1	2	3	1	1	2	2
22	4	1	2	4	1	4	4	5
23	2	2	1	3	2	4	3	3
24	3	2	1	1	2	3	5	1
25	3	1	1	2	2	1	6	5
26	3	1	1	4	3	4	2	5
27	4	2	1	2	2	2	6	5
28	3	2	1	3	2	4	8	1
29	4	2	2	4	2	5	6	2
30	3	2	1	4	3	2	6	2

G. MATRIZ GENERAL DE NIVEL DE CONOCIMIENTO

Nº	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0
2	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1
4	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0
5	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1
6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
7	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
8	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1
10	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
11	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
13	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
14	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
19	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
20	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
21	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
23	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
24	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
25	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0
26	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0
27	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1
28	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0
29	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1
30	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1

H. MATRIZ GENERAL DE PRACTICAS

Nº	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
1	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	2	2
2	1	3	1	3	3	2	3	1	2	3	3	1	1	1	3	3	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3
4	3	2	3	1	3	3	3	1	1	2	1	3	3	1	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3
6	3	3	3	3	3	2	3	1	2	2	3	3	1	3	3	3	2
7	3	2	1	1	3	3	3	1	1	2	3	3	1	1	3	3	3
8	3	2	1	2	3	3	3	1	1	3	3	3	2	1	3	3	2
9	3	2	1	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	1	3	3	3
10	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3
11	2	3	1	2	3	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	3	2
12	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	2	2	1	3	2	2
13	3	3	1	3	2	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3
14	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3
15	2	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	1	3	3	3
16	2	3	1	1	3	3	3	1	1	2	2	2	1	1	3	2	2
17	3	2	1	3	3	3	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3
18	3	1	1	2	3	3	3	1	1	2	3	2	2	1	3	2	2
19	3	3	1	1	3	3	3	1	1	2	3	3	2	1	3	2	3
20	3	2	1	3	3	3	3	1	1	2	3	1	1	1	3	3	1
21	3	2	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1	1	1	3	2	3
22	3	3	1	2	3	3	2	1	1	2	2	2	1	1	3	2	1
23	2	2	1	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	1
24	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3
25	3	3	3	2	3	3	1	1	1	2	3	3	3	1	3	2	3
26	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3
27	1	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	1	2	1	3	3	3
28	3	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	1	1	1	3	3	2
29	3	2	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	1	3	3	3
30	3	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....identificado con L.E. o D.N.I.....acepto voluntariamente colaborar en el proyecto de investigación “ Nivel de conocimiento y prácticas acerca de los derechos del enfermo Mental en los familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Hermilio Valdizan” respondiendo en primer lugar, al cuestionario de “ Nivel de conocimiento y practicas sobre los derechos de los pacientes con enfermedad mental”.

Dicha información no significa daño alguno para mi persona y queda también establecido que puedo desistir de continuar respondiendo el cuestionario. Asimismo, cualquier información adicional será proporcionada por la investigadora que firma también el presente documento como aceptación mutua.

Firma:

Firma de la Investigadora:

J. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Cronograma de actividades

Actividades	Responsable	Fecha		
		Diciembre	Enero	Febrero
I.- Plan de recolección de datos:				
1.- Elaboración del cuestionario	Lic. Enf. A. Castillo	X		
2.- Coordinación para solicitar la autorización de la ejecución	Lic. Enf. A. Castillo	X		
3.- Aplicación del instrumento	Lic. Enf. A. Castillo	X	X	
II.- Plan de procesamiento, presentación, e análisis interpretación de datos				
1.- Verificación del instrumento.	Lic. Enf. A. Castillo		X	
2.- Codificación instrumental.	Lic. Enf. A. Castillo			X
3.- Codificación de los ítems.	Lic. Enf. A. Castillo			X
4.- Tabulación	Lic. Enf. A. Castillo			X
5.- Vaciado de datos.	Lic. Enf. A. Castillo			X
6.- Aplicación de pruebas estadísticas	Lic. Enf. A. Castillo			X

Presupuesto:

Materiales	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Impresión	300	0,2	60.0
Instrumento	60	0,3	18.0
Anillado	3	2,5	7.5
Fotocopias	200	0,1	20.0
Internet	100 horas	1.0	100.0
Papel Bond	1000	0,05	30.0
Movilidad	30 pasajes	1.0	30.0
Total			245.5

K. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Los resultados obtenidos de la encuesta piloto aplicados a 30 personas, en relación al NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS ACERCA DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008, se procesaron en SPSS versión 13.0.

Los coeficientes de confiabilidad calculados fueron los siguientes:

PARTE N°. 1 : NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Spearman-Brown =	0.833
Coeficiente de confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman =	0.776
Coeficiente de confiabilidad según la fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR20) =	0.777
Coeficiente de confiabilidad según la fórmula 21 de Kuder-Richardson (KR21) =	0.723
Coeficiente de confiabilidad según la fórmula KR21 modificada por Horst =	0.799

Las formulas empleadas para los cálculos fueron las siguientes:

Coeficiente de Confiabilidad de las mitades de Spearman – Brown.

$$r_{tt} = \frac{2r_{ip}}{1 + r_{ip}}$$

Donde:

r_{tt} : Coeficiente de Confiabilidad

r_{ip} : Coeficiente de correlación R de Pearson entre los puntajes impares y pares.

Coeficiente de Confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman.

$$r_{tt} = 1 - \frac{S_d^2}{S_t^2}$$

Donde:

r_{tt} : Coeficiente de confiabilidad

S_d^2 : Varianza de la diferencia de los puntajes impares y pares.

S_t^2 : Varianza de la Escala

Coeficiente de Confiabilidad según la Fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR-20)

$$r_{tt} = \left[\frac{m}{m - 1} \right] \cdot \left[1 - \frac{\sum p_i q_i}{S_t^2} \right]$$

Donde:

r_{tt} : Coeficiente de confiabilidad

m : Número de Ítems

\sum : Sumatoria

p_i : Proporción de sujetos que contestan correctamente el ítem i-avo

q_i : Proporción de sujetos que contestan incorrectamente el ítem i-avo

S_t^2 : Varianza de la escala

Como se puede observar nuestro valor calculado para el instrumento de medición nos da coeficientes de 0.833 (spearman – brown), 0.776 (rulon – guttman), 0.777 (kuder – richardson) **CONFIABLES**.

Los estadísticos calculados de la escala fueron los siguientes:

ESTADÍSTICOS DE LA ESCALA

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
11.300	16.743	4.092	21

PARTE N°. 2 : NIVEL DE PRACTICAS

Casos procesados

	N	%
Valid	30	100.0
Excluded(a)	0	.0
Total	30	100.0

Coefficiente de confiabilidad

Cronbach's Alpha	N of Items
.716	16

Como se puede observar nuestro valor calculado para el instrumento de medición nos da un Alfa de Cronbach = 0.716 **CONFIABLE**

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
33.83	21.730	4.662	16

CUADRO N°. 12
TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
RESPECTO A LA EDAD

Edad	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
18 - 28	0	0.00%	3	20.00%	1	12.50%	4	13.33%
29 - 39	2	28.57%	0	0.00%	1	12.50%	3	10.00%
40 - 49	4	57.14%	5	33.33%	2	25.00%	11	36.67%
> de 50	1	14.29%	7	46.67%	4	50.00%	12	40.00%
Total	7	100.00%	15	100.00%	8	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 8.068452; GL = 6; p = 0.233131096823193								
NO SIGNIFICATIVO								
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 0.242013; GL = 1; p = 0.622755476720926								

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

Ho: No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la edad.

H1: Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la edad.

Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **Ho**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística: El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 8.068452$ con $GL=6$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.233131$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **Ho**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la edad.

CUADRO N°. 13

TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL RESPECTO AL SEXO

Sexo	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	5	71.43%	7	46.67%	4	50.00%	16	53.33%
Masculino	2	28.57%	8	53.33%	4	50.00%	14	46.67%
Total	7	100.00%	15	100.00%	8	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 1.224489; GL = 2; p = 0.542132469919965								
NO SIGNIFICATIVO								
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 0.610125; GL = 1; p = 0.434740494794741								

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀ : No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el sexo.

H₁ : Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el sexo.

Nivel de significancia : Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística : Prueba no paramétrica Chi cuadrado .

Decisión Estadística : El Chi cuadrado observado es $J_i^2 = 1.224489$ con $GL=2$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.5421$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el sexo.

CUADRO N°. 14
TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
RESPECTO A LA OCUPACION

Ocupación	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ama de casa	4	57.14%	5	33.33%	3	37.50%	12	40.00%
Empleado publico	0	0.00%	2	13.33%	1	12.50%	3	10.00%
Obrero	1	14.29%	2	13.33%	0	0.00%	3	10.00%
Comerciante	2	28.57%	3	20.00%	1	12.50%	6	20.00%
Jubilado	0	0.00%	2	13.33%	2	25.00%	4	13.33%
Otro	0	0.00%	1	6.67%	1	12.50%	2	6.67%
Total	7	100.00%	15	100.00%	8	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 5.8125; GL = 10; p = 0.830762416842653								
NO SIGNIFICATIVO								
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 1.134421; GL = 1; p = 0.28683426293104								

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

Ho : No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la ocupación.

H1 : Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la ocupación.

Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **Ho**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística: El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 5.8125$ con $GL = 10$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.83076$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **Ho**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la ocupación.

CUADRO N°. 15
TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
RESPECTO AL PARENTESCO

Parentesco	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Padre	0	0.00%	2	13.33%	2	25.00%	4	13.33%
Madre	3	42.86%	2	13.33%	2	25.00%	7	23.33%
Hijo/Hija	0	0.00%	1	6.67%	1	12.50%	2	6.67%
Espos(a)	1	14.29%	3	20.00%	0	0.00%	4	13.33%
Conviviente	1	14.29%	0	0.00%	1	12.50%	2	6.67%
Hermano	1	14.29%	4	26.67%	2	25.00%	7	23.33%
Otro	1	14.29%	3	20.00%	0	0.00%	4	13.33%
Total	7	100.00%	15	100.00%	8	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 9.908163; GL = 12; p = 0.624017261112775								
NO SIGNIFICATIVO								
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 0.618284; GL = 1; p = 0.431685664824494								

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀: No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el parentesco.

H₁: Existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el parentesco.

Nivel de significancia: Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística: Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

Decisión Estadística: El Chi cuadrado observado es $J_i^2 = 9.908163$ con $GL=12$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.6240$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el parentesco.

CUADRO N°. 16
TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE PRACTICAS SOBRE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
RESPECTO A LA EDAD

Edad	Practica				Total	
	Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%
18 - 28	3	15.79%	1	9.09%	4	13.33%
29 - 39	3	15.79%	0	0.00%	3	10.00%
40 - 49	5	26.32%	6	54.55%	11	36.67%
> de 50	8	42.11%	4	36.36%	12	40.00%
Total	19	100.00%	11	100.00%	30	100.00%

Pearson Chi-Square = 3.542844; GL = 3; p = 0.315247671448587

NO SIGNIFICATIVO

Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 0.358614; GL = 1; p = 0.549276571770

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀ : No existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la edad.

H₁ : Existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la edad.

Nivel de significancia : Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística : Prueba no paramétrica Chi cuadrado .

Decisión Estadística : El Chi cuadrado observado es $J_i^2 = 3.542844$ con $GL=3$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.3152$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la edad.

CUADRO N°. 17
TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE PRACTICAS SOBRE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
RESPECTO AL SEXO

Sexo	Practicas				Total	
	Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%
Femenino	11	57.89%	5	45.45%	16	53.33%
Masculino	8	42.11%	6	54.55%	14	46.67%
Total	19	100.00%	11	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 0.433185; GL = 1; p = 0.510430126						
NO SIGNIFICATIVO						
Chi Cuadrado Lineal. Likelihood Ratio = 0.433274; GL = 1; p = 0.5103864267745						

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀ : No existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el sexo.

H₁ : Existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el sexo.

Nivel de significancia : Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística : Prueba no paramétrica Chi cuadrado .

Decisión Estadística : El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 0.433185$ con $GL=1$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.5104$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el sexo.

CUADRO N°. 18
TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE PRACTICAS SOBRE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
RESPECTO A LA OCUPACION

Ocupación	Practicas				Total	
	Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%
Ama de casa	8	42.11%	4	36.36%	12	40.00%
Empleado publico	2	10.53%	1	9.09%	3	10.00%
Obrero	1	5.26%	2	18.18%	3	10.00%
Comerciante	4	21.05%	2	18.18%	6	20.00%
Jubilado	3	15.79%	1	9.09%	4	13.33%
Otro	1	5.26%	1	9.09%	2	6.67%
Total	19	100.00%	11	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 1.650717; GL = 5; p = 0.895049054746707						
NO SIGNIFICATIVO						
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 1.495728; GL = 1; p = 0.9026614513499						

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

H₀ : No existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la ocupación.

H₁ : Existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la ocupación.

Nivel de significancia : Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística : Prueba no paramétrica Chi cuadrado .

Decisión Estadística : El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 1.650717$ con $GL=5$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.8950$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **H₀**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y la ocupación.

CUADRO No. 19

TABLA DE CONTINGENCIA NIVEL DE PRACTICAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL RESPECTO AL PARENTESCO

Parentesco	Practicas				Total	
	Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%
Padre	2	10.53%	2	18.18%	4	13.33%
Madre	3	15.79%	4	36.36%	7	23.33%
Hijo/Hija	1	5.26%	1	9.09%	2	6.67%
Esposo(a)	2	10.53%	2	18.18%	4	13.33%
Conviviente	1	5.26%	1	9.09%	2	6.67%
Hermano	6	31.58%	1	9.09%	7	23.33%
Otro	4	21.05%	0	0.00%	4	13.33%
Total	19	100.00%	11	100.00%	30	100.00%
Pearson Chi-Square = 6.008202; GL = 6; p = 0.422271877711413						
NO SIGNIFICATIVO						
Chi Cuadrado Lineal. Linear-by-Linear Association = 4.733945; GL= 1; p = 2.957296851207E-02						

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

HIPOTESIS

Ho : No existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el parentesco.

H1 : Existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el parentesco.

Nivel de significancia : Error tipo I, $\alpha = 0.05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **Ho**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística : Prueba no paramétrica Chi cuadrado .

Decisión Estadística : El Chi cuadrado observado es $Ji^2 = 6.008202$ con $GL=6$, al cual le esta asociado un valor de probabilidad, $P = 0.4223$. Puesto que este valor P es mayor que α , se concluye en aceptar la **Ho**.

Es decir no existen diferencias significativas entre el nivel de practicas acerca de los derechos del enfermo mental en familiares de pacientes hospitalizados y el parentesco.

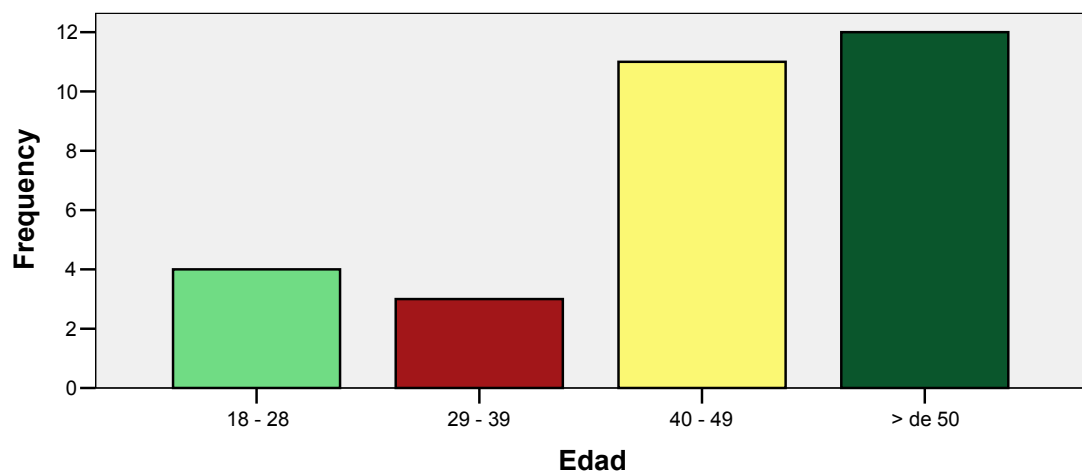
CUADRO N°. 20

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO A LA EDAD DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008

EDAD	N	%
18 - 28	4	13.3
29 - 39	3	10.0
40 - 49	11	36.7
> de 50	12	40.0
Total	30	100.0

GRAFICO N°.20

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO A LA EDAD DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008



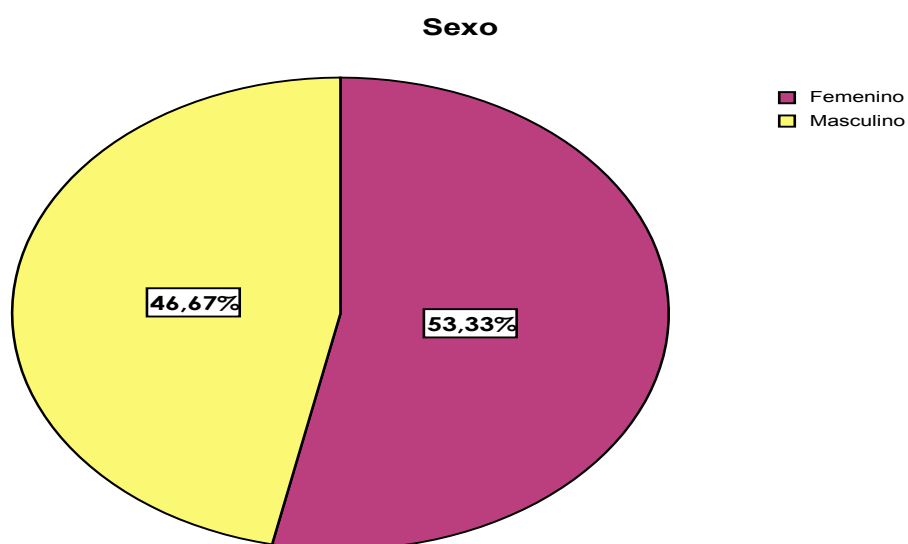
CUADRO N°. 21

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO AL SEXO DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN – 2008**

SEXO	N	%
Femenino	16	53.3
Masculino	14	46.7
Total	30	100.0

GRAFICO N°. 21

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO AL SEXO DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN – 2008**



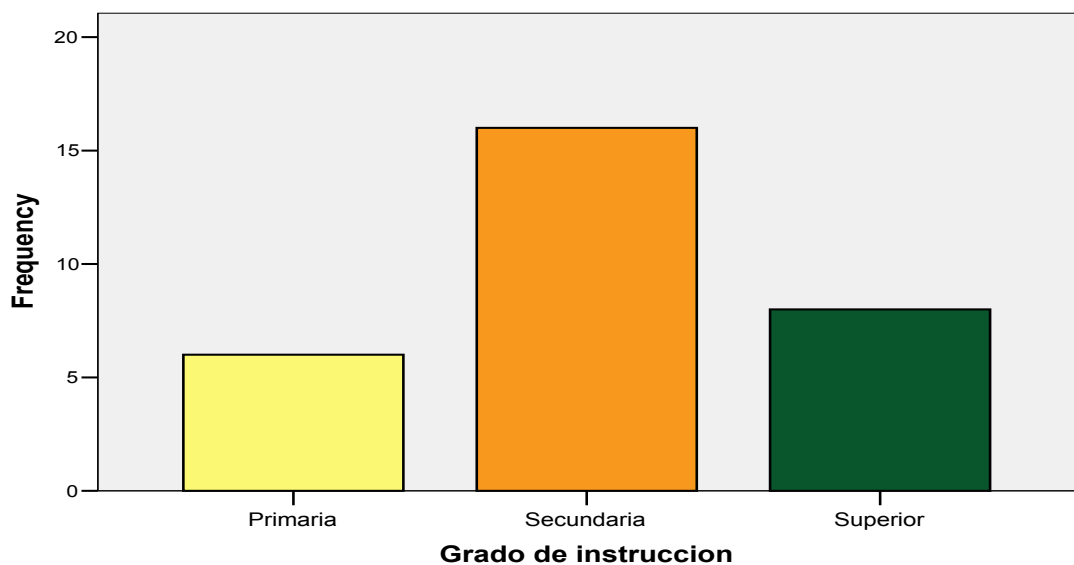
CUADRO N°. 22

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO AL GRADO DE INSTRUCCION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008

INSTRUCCION	N	%
Primaria	6	20.0
Secundaria	16	53.3
Superior	8	26.7
Total	30	100.0

GRAFICO N°. 22

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO AL GRADO DE INSTRUCCION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – 2008



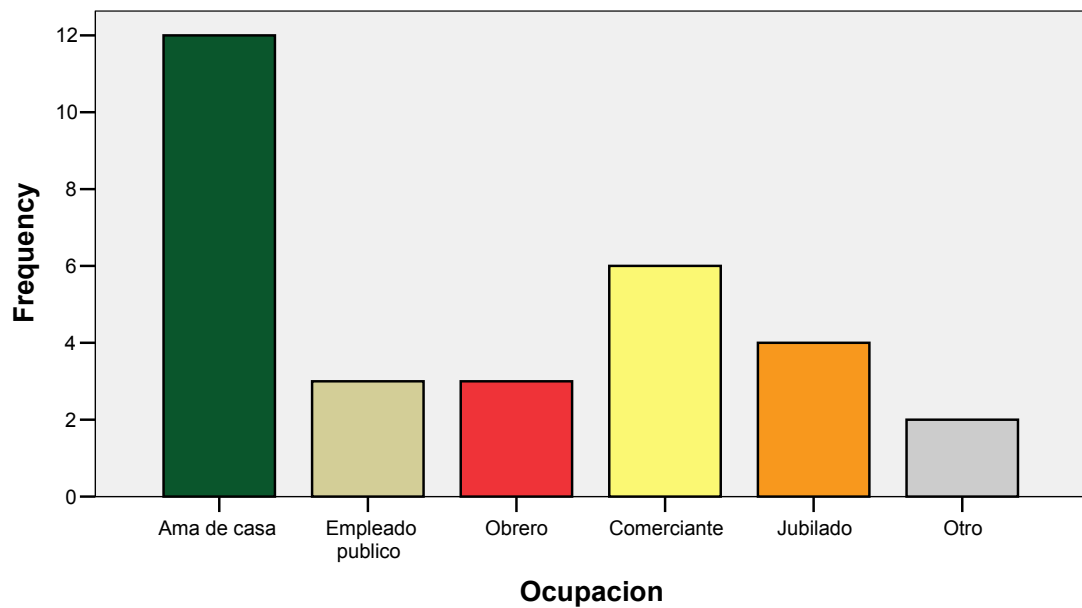
CUADRO N°. 23

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO A LA OCUPACION DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN – 2008**

OCUPACION	N	%
Ama de casa	12	40.0
Empleado publico	3	10.0
Obrero	3	10.0
Comerciante	6	20.0
Jubilado	4	13.3
Otro	2	6.7
Total	30	100.0

GRAFICO N°. 23

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO A LA OCUPACION DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN – 2008**



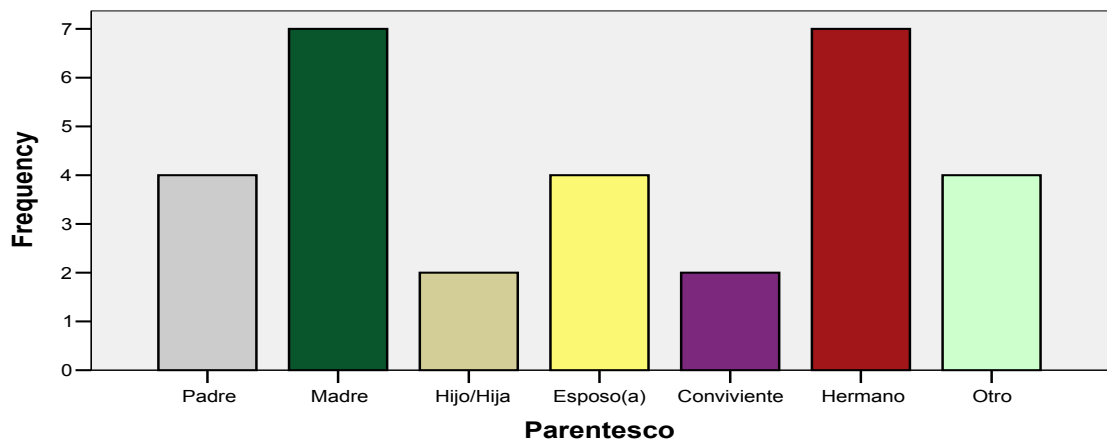
CUADRO N°. 24

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO AL PARENTESCO DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN – 2008**

PARENTESCO	N	%
Padre	4	13.3
Madre	7	23.3
Hijo/Hija	2	6.7
Esposo(a)	4	13.3
Conviviente	2	6.7
Hermano	7	23.3
Otro	4	13.3
Total	30	100.0

GRAFICO N°. 24

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS RESPECTO AL PARENTESCO DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN – 2008**



**PUNTOS DE CORTE PARA LA CATEGORIZACION DE LA VARIABLE
CONOCIMIENTO**

0 - 8	BAJO
9 - 15	MEDIO
16 - 22	ALTO

**PUNTOS DE CORTE PARA LA CATEGORIZACION DE LA
VARIABLE PRÁCTICA**

17 - 27	BAJO
28 - 38	MEDIO
39 - 51	ALTO